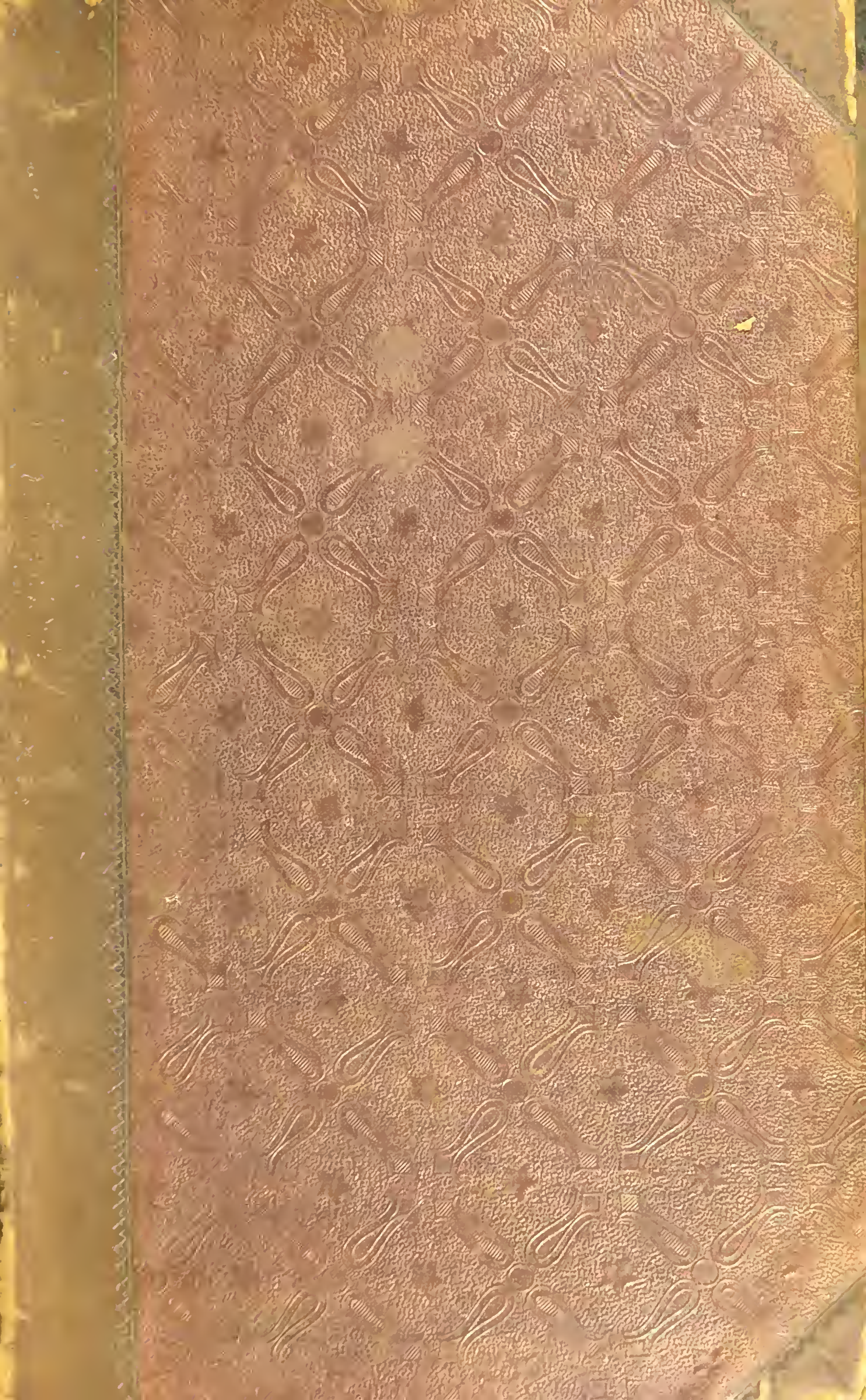


TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE DIAGNOSTIC,

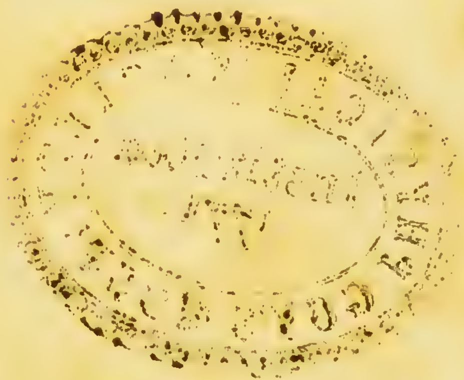
DE PRONOSTIC,

D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

TOME DEUXIÈME.

DE L'IMPRIMERIE DE LACHEVARDIERE FILS,

RUE DU COLOMBIER, N° 30, A PARIS.



TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE DIAGNOSTIC,

DE PRONOSTIC,

D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES,

OU

COURS DE MÉDECINE CLINIQUE,

PAR

M. L..n ROSTAN,

MÉDECIN DE L'HOSPICE DE LA VIEILLESSE (FEMMES),
CI-DEVANT SALPÊTRIÈRE,
PROFESSEUR DE MÉDECINE CLINIQUE, ETC.

TOME DEUXIÈME.

PARIS,

CHEZ BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N. 4.

1826.

périences et des observations exactes et précises soient les seuls matériaux employés à ce grand ouvrage. Les principes inébranlables en sont posés : *Il ne peut exister que des organes et des fonctions.* Toute la régénération médicale est dans ce peu de mots : *des organes sains, des organes malades.* Telle est la première loi qu'on doit profondément méditer si l'on veut parvenir à quelques résultats satisfaisants. Tout ce qui sort de cette loi primitive est vague, incertain, parcequ'il est inconnu.

La médecine organique, admettant que tout dépend dans l'homme vivant d'organes en action, ne peut admettre d'action sans organes. Ces organes pouvant s'altérer, leur exercice s'altère ; et toutes les fois que celui-ci se trouve dérangé, il est nécessaire, indispensable, qu'il existe un dérangement quelconque dans l'organisme. Nous ne saurions trop redire ces vérités, puisqu'elles doivent servir à faire disparaître sans retour ces ténébreuses entités qui ont obscurci la médecine jusqu'à ce jour. On ne devra cesser de faire des efforts que lorsqu'on aura reconnu la *cause organique* de tous les troubles fonctionnels. Mais que nous sommes encore loin du but ! Qui nous dira la cause matérielle de l'hypochondrie, de l'hystérie, de l'épilepsie, de la catalepsie ? qui nous découvrira l'altération organique des fièvres intermittentes ? à quel génie est-il réservé de nous faire connaître les al-

térations des fluides? et quel est celui qui précisera la nature des maladies spécifiques? Quel immense horizon est ouvert devant nous!..... La véritable médecine, la médecine organique, est encore au berceau!

Heureusement que nous possédons déjà des richesses très grandes; et s'il est vrai de dire qu'il existe une foule d'altérations d'organes dont on ne connaît pas les signes caractéristiques, et que d'un autre côté il existe une multitude de lésions fonctionnelles dont on ignore la cause organique, combien n'est pas plus grand le nombre des maladies dont les signes et les altérations d'organes sont parfaitement connus!

La médecine organique a conquis dans ces dernières années la plupart des maladies cérébrales. C'est d'après le principe, que nous avons si souvent exposé; *qu'il ne peut exister des altérations de fonctions sans altérations d'organes*, et réciproquement, que nous avons été conduit à chercher les expressions fonctionnelles des lésions cérébrales que les ouvertures de corps nous avaient fait rencontrer, et à chercher aussi les lésions organiques d'où pouvaient dépendre certains phénomènes morbides observés. C'est ainsi que la paralysie a cessé récemment d'être une maladie essentielle, et a reconnu une multitude de causes organiques qui ont été rigoureusement déterminées.

La médecine organique s'empare et s'enrichit des découvertes faites aussi dans ces derniers temps dans les maladies thorachiques et abdominales.

Nous connaissons les phénomènes morbides fonctionnels et organiques de la plupart des phlegmasies, immense champ qui constitue presque à lui seul tout le domaine médical. Nous connaissons aussi les symptômes et les altérations pathologiques de presque toutes les hémorrhagies.

Une multitude d'altérations profondes de tissus, désignées plus particulièrement sous le nom de maladies organiques, nous sont aussi connues et par leurs signes et par leurs caractères anatomiques. Telles sont les richesses de la médecine organique, tels sont les matériaux que nous allons mettre en œuvre. Nous signalerons, comme des lacunes que des observations ou des expériences futures devront remplir, la plupart des névroses, les maladies des fluides, les spécificités, qu'il est plus commode de nier que d'expliquer, les fièvres intermittentes, enfin les signes qui doivent caractériser certaines lésions organiques qu'on ne connaît encore qu'anatomiquement, etc.

Un âge nouveau commence pour la médecine. Et si chaque jour nous voyons tomber quelques uns des langes qui l'embarrassaient, c'est aux principes de la médecine organique que nous devons ces bienfaits. C'est à elle que nous devons cette

immense concession, que tous les organes peuvent être primitivement malades; c'est elle qui a fait généralement sentir le danger de ces principes exclusifs par lesquels on voulait concentrer toutes les maladies dans l'estomac, et ne reconnaître qu'un genre d'affection, l'*irritation*. C'est elle qui a fait ressortir le travers qu'il y avait à ne considérer que comme accessoires tous les autres organes de l'économie, et même à les réduire à rien; comme si des organes qui exercent des fonctions majeures, qui sont composés d'éléments analogues, et qui sont soumis à des excitants particuliers, ne pouvaient être primitivement malades, indépendamment du ventricule! Aussi l'auteur de ce nouveau système, trop éclairé pour ne pas reconnaître la valeur réelle de ces objections, a-t-il peu à peu admis les vérités que nous proclamions, et ses partisans les plus chauds et les plus bruyants les ont-ils adoptées tout doucement et en chantant toujours victoire, comme de raison. Il ne nous a pas été si facile de faire comprendre que l'irritation ne pouvait être la seule maladie qui pût frapper l'espèce humaine; il était dur, après avoir déclamé contre les spécificités, d'être forcé de les admettre: cependant, vaincus par l'évidence, le maître et les disciples, toujours plus aveugles et plus exagérés que lui, ont-ils admis aussi les spécificités. Nous pensions qu'il serait plus difficile encore de faire reconnaître que les

fluides peuvent être malades, et voilà déjà que les mots de *putridité*, contre lesquels on s'était élevé avec tant de dédain, contre lesquels on avait lancé tant de sarcasmes, se glissent dans les écrits des nourrissons de cette secte! C'est égal, cela s'appelle toujours la médecine physiologique, et c'est toujours d'après ses principes *immuables* qu'on écrit!

C'est encore la médecine organique qui vient de saper sans retour ces forces, ces propriétés vitales, considérées jusqu'ici comme pouvant être malades; abstractions chimériques, enfants de l'imagination de nos devanciers, au moyen desquelles ils se rendaient un compte facile d'une multitude de phénomènes morbides. Qu'il était commode, en effet, de considérer la paralysie comme la diminution ou comme la perte des propriétés vitales, comme la diminution ou la perte du sentiment et du mouvement! Qu'il était commode aussi de regarder l'inflammation comme l'exaltation de toutes les propriétés vitales; les convulsions comme l'exaltation ou la perversion de la contractilité! etc. Aussi quelle thérapeutique résultait de ces brillantes considérations! Il fallait voir comme on *excitait* de toute manière *les propriétés vitales* pour faire revenir le mouvement et le sentiment, comme on prodiguait les *anti-spasmodiques* pour rétablir l'ordre dans la contractilité pervertie! etc. Grâces à la médecine organi-

que, nous sommes débarrassés de ces dégoûtantes erreurs.

Les lois de la médecine organique sont si claires, si simples, si incontestables, qu'il semble à chacun qu'il n'ait jamais pu en exister d'autres ; chacun croit les avoir trouvées, imaginées, ou du moins dès long-temps adoptées : c'est le plus grand éloge qu'on puisse en faire ; mais il ne faut que lire les auteurs qui ont écrit précédemment pour voir à quelle distance énorme de ces principes on était encore naguère. On ne réfléchit pas que ces idées, sans cesse professées, finissent par se propager insensiblement, et avec d'autant plus de facilité qu'elles sont plus claires, et qu'alors chacun se les approprie plus aisément, et les regarde comme son patrimoine. Demandez à celui qui hier encore soutenait avec chaleur l'existence des maladies vitales, des forces vitales, des forces médicatrices, des maladies essentielles, etc., demandez-lui ce qu'il pense de ces principes, il vous répondra qu'*on ne saurait en avoir d'autres ;* demandez à celui qui ne reconnaissait partout que gastrite et irritation quelle opinion l'on doit avoir de la médecine organique, il vous affirmera que c'est absolument la doctrine physiologique. Eh bien, à la bonne heure, si la médecine physiologique renonce à la chimie vivante préexistante à l'organisation, à la gastrite universelle ; si elle reconnaît que tous les organes peuvent être malades ; si elle admet d'autres mala-

dies que l'irritation ; si elle ne rejette pas les irritations spéciales, etc., etc., ce sera, si vous voulez, la médecine physiologique; mais avouez au moins que ce n'est pas la médecine physiologique de 1820. Véritable protée, cette médecine a pris successivement, depuis quelques années, toutes les formes et toutes les couleurs. Félicitons-nous aujourd'hui si, grâces à ces modifications, elle se rapproche enfin de la médecine organique.

Les jeunes gens, dont l'esprit est toujours juste lorsqu'il n'est pas influencé par des déclamations mensongères, ont senti toute la vérité des principes que nous professons : ils les reconnaissent, les adoptent, les proclament; pour eux, il n'est pas plus de maladies vitales que de maladies essentielles; pour eux, les symptômes groupés dans un certain ordre ne forment plus des maladies particulières, il faut qu'ils puissent être rattachés à une lésion organique quelconque; pour eux enfin il existe plusieurs maladies et plusieurs traitements. Honneur leur soit rendu, puisqu'en dernière analyse, devant remplacer la génération actuelle, la vérité doit triompher et régner par eux !

Les lois de la médecine organique, qui consiste à tout faire dépendre de l'organisation, ont cependant déjà subi des objections, même de la part de ses partisans. Voici les plus pressantes :

Tous les phénomènes fonctionnels morbides dé-

pendent, dites-vous, d'une modification organique : eh bien, soit.

« Mais les altérations organiques qui se manifestent dans les maladies ne sont elles-mêmes que des effets : l'hépatisation du poumon n'est pas la pneumonie, puisque la pneumonie existe déjà que l'hépatisation du poumon n'existe pas encore ; la rougeur, l'épaississement, etc., de la membrane muqueuse de l'estomac ne sont pas la gastrite, ce ne sont que des effets de la gastrite ; il existe autre chose avant ces phénomènes organiques : vous ne faites donc que reculer la difficulté ; vous ne l'avez pas encore levée. Quelle est la cause qui détermine toutes les lésions organiques ? pourquoi surviennent-elles ? Jusqu'à ce que vous m'ayez dit pourquoi et comment se forment les diverses altérations des organes, quel est l'agent primitif qui les détermine, je regarderai vos prétendus progrès comme nuls. Dès le moment où il existe autre chose avant ce qui tombe sous les sens, et qu'il est impossible de ne pas reconnaître que cette autre chose existe, il est permis de croire qu'il reste des progrès à faire, et que la médecine n'a pas encore atteint son dernier degré de perfection. »

Nous voici retombés dans le dédale des causes prochaines. L'inquiétude, qui agite l'esprit humain, ne lui permet jamais de s'arrêter. La nature, en donnant des sens à l'homme, semble lui avoir

dit : « Contente-toi de savoir tout ce que tes sens t'apprendront ; il n'y aura de certain pour toi que ce qu'ils pourront te faire connaître ; toutes les fois que tu cesseras de les prendre pour guides, tu tomberas dans des erreurs grossières et funestes. Tout ce qu'ils ne pourront pas t'apprendre est pour jamais dérobé à ta connaissance, etc., tu n'en as pas besoin. Je t'ai donné tout ce qu'il te faut pour ta conservation : fais usage de tes sens, perfectionne-les, aide-les, ils t'instruiront assez ; mais garde-toi de vouloir aller au-delà, tu ne marcheras plus que sur un chemin semé de précipices, et chacun de tes pas sera marqué par une chute. »

Ce que nous apprennent nos sens doit donc nous suffire, et nous suffit en effet. Hors les sens il n'y a plus que conjecture, et conséquemment qu'incertitude. Pourquoi donc, si nous n'avons que ces moyens de nous instruire, vouloir sans cesse en employer d'autres, qui ne sont propres qu'à nous égarer ? Pourquoi n'avons-nous pas la sagesse de savoir ignorer ce qu'il ne nous est pas donné d'apprendre ?

Les causes prochaines des maladies ne nous sont pas plus inconnues que les causes prochaines de tous les autres phénomènes de la nature : et nous ne voyons pas le botaniste rechercher pourquoi la rose présente tel parfum ou telle couleur ; pourquoi l'œillet offre telle forme ou telle odeur plutôt que telle autre ; pourquoi la cerise n'a pas la saveur de

la pêche ; pourquoi la culture développe cette propriété, et non pas celle-ci ; pourquoi et comment elle rend doubles les fleurs, etc. Sans doute il serait mieux de connaître ces mystères de la nature ; mais s'ils nous ont été cachés jusqu'à ce jour, il est vraisemblable qu'ils resteront encore long-temps ignorés, du moins ne sera-ce pas par des spéculations ou des conjectures qu'on y parviendra jamais. D'ailleurs cela n'empêche pas de jouir des biens que nous offrent ces productions de la nature.

Si ces phénomènes occultes sont impénétrables dans des êtres d'une organisation simple ; si des phénomènes bien moins compliqués encore nous échappent ; si nous ne pouvons pas savoir pourquoi tel acide se combine avec tel alkali, pourquoi il abandonne une base pour se porter sur une autre, pourquoi il forme des rhomboïdes avec l'une et des prismes triangulaires avec une autre (car dire que c'est le résultat de l'affinité, ce n'est pas apprendre grand'chose) ; si des phénomènes si simples échappent à notre intelligence, pourquoi vouloir que ceux qui président à l'organisation la plus complexe que nous connaissions puissent être mieux connus ?

Mais, me répondra-t-on, vous ne faites là qu'avouer votre ignorance, et vous abondez complètement dans le sens de l'objection. Sans doute ; mais cette difficulté n'en sera plus une si nous parvenons à démontrer que cette connaissance est

inutile, que l'on peut très bien s'en passer, que sa recherche entraîne de graves dangers, et que ce qu'il importe le plus de connaître c'est le genre de la maladie et son espèce, enfin son diagnostic.

Ce qui importe le plus, c'est d'être utile au malade, c'est de le guérir ou de le soulager. Connaître le mécanisme par lequel la nature opère l'adhérence d'une plaie fera-t-il qu'on la réunira plus exactement? Connaître celui de l'exhalation purulente fera-t-il qu'on traitera plus convenablement un phlegmon qui suppure? Savoir comment la perspiration cutanée répercutée opère une pneumonie fera-t-il qu'on traitera mieux une pneumonie? Enfin prenons pour exemple telle maladie que l'on voudra, certes il sera plus satisfaisant pour l'esprit de connaître la manière dont la nature agit pour la produire; mais cela conduira-t-il à un traitement plus rationnel? Je ne le pense pas. Toutes ces questions ressemblent à celles-ci : Pourquoi tel homme est-il blond, tel autre brun, tel autre rouge? Pourquoi chaque organe trouve-t-il dans le sang les matériaux de sa réparation? Par quel éclectisme le cerveau fait-il du cerveau, le foie du foie, ainsi de suite pour toutes les parties du corps qui se reproduisent? Tous ces phénomènes organiques primitifs doivent être admis comme principes; nous ne pouvons commencer à observer qu'à partir de leur existence.

Il n'y aurait aucun mal à se livrer à la recherche

des causes prochaines, si cette recherche ne conduisait à considérer les spéculations auxquelles on se livre comme des réalités, et à traiter les malades en conséquence. L'application peut en être si grave, si dangereuse, puisqu'elle compromet l'existence des hommes, qu'on ne saurait s'élever avec trop de force contre les illusions décevantes qu'elle fait naître. Il est vraiment curieux de voir à quels pitoyables écarts ces sortes de lucubrations ont conduit nos devanciers.

Celui-ci, ne voyant dans les maladies que des humeurs putrides, prodigue les anti-septiques; celui-là chasse, par des purgatifs réitérés, les humeurs peccantes; un troisième déclare la guerre au sang; un quatrième, croyant avoir vu au microscope des myriades d'animalcules dans le sang des malades, s'imagine avoir vu aussi dans les plantes d'autres myriades d'animaux ennemis des premiers, qui, mis en présence, se battent avec eux, et finissent par les détruire; un autre, voyant l'oxygène, l'hydrogène, le calorique ou l'azote en excès ou en défaut dans les maladies, ne balance pas à conseiller toutes les préparations capables de rétablir l'équilibre, etc., etc. Nous n'en finirions pas si nous voulions citer toutes les erreurs déplorables dans lesquelles sont tombés les auteurs qui se sont livrés à la recherche des causes prochaines. En voilà un échantillon sans doute bien capable d'en faire sentir tout le danger, surtout si l'on vient à sa-

voir que ces systèmes ont tour à tour régné avec une sorte de fureur.

Ainsi la connaissance de l'agent primitif des modifications organiques ne pourrait être d'aucune utilité réelle (à supposer qu'on le découvrît), et sa recherche conduit infailliblement, par les erreurs qu'elle enfante, à des résultats funestes ; trop heureux lorsqu'ils ne sont que ridicules !

Maintenant cet agent producteur des modifications organiques ne peut être qu'organique lui-même ; car, dans la machine humaine, il ne peut y avoir rien que de tel. Pour produire la pneumonie, la gastrite, la variole, la cause prochaine doit être dans l'organisme. Est-elle dans les fluides, est-elle dans l'agent nerveux, et quelle est-elle? Voilà ce que nous ignorons ; voilà ce qu'il est inutile et dangereux de chercher. Mais si l'on y arrive jamais. ce ne pourra être qu'à l'aide des principes de la médecine organique, ce ne sera qu'en cherchant attentivement les divers changements survenus dans les organes.

Combien est plus sûre, plus satisfaisante et plus utile l'étude du diagnostic ! Si les altérations pathologiques ne sont que des effets, ce sont les plus importants, les seuls caractéristiques des maladies ; les désordres fonctionnels ne peuvent être que secondaires, et jamais ne peuvent servir de base à une thérapeutique rationnelle.

Pour nous, la maladie commence lorsqu'elle a

déterminé quelque modification organique ; jusque là, nous ne la connaissons pas, nous ne pouvons pas la traiter. Mais dès le moment qu'elle a produit quelque altération organique, alors nous pouvons la reconnaître, la caractériser, la différencier, et par conséquent la traiter d'une manière rationnelle, et prédire quelle en sera la marche et l'issue. Dès lors n'est-ce pas là le véritable phénomène qui réclame toute notre attention?

Mais, nous dit-on d'autre part, ce phénomène organique que vous exaltez, ce phénomène que vous regardez comme le plus important, comme le seul caractéristique, pourquoi le serait-il plus que les phénomènes morbides fonctionnels? Ceux-ci ne doivent-ils pas suffire à caractériser les maladies? Et vous-même, lorsque vous concluez à une altération d'organe, n'y êtes-vous pas conduit par l'exploration des symptômes? Si des symptômes, groupés d'une certaine manière, dans un certain ordre, sont pour vous l'indice d'une altération d'organe, ils seront pour nous le signe d'une maladie quelconque ; et si l'expérience nous apprend que ce groupe de symptômes est avantageusement combattu par une certaine méthode thérapeutique, qu'avez-vous besoin de connaître l'altération organique qui les produit? Telle était la manière d'Hippocrate, de tous les médecins de l'antiquité, et de tous ceux de nos jours qui ne font pas d'ouvertures de corps.

Nous croyons avoir suffisamment prouvé dans le premier volume de cet ouvrage qu'il était impossible d'avoir une idée juste des maladies lorsqu'on se bornait à l'observation des symptômes, pour n'avoir pas besoin de revenir sur ce sujet. Cette objection, pour être l'inverse de la précédente, n'en est pas plus fondée pour cela. Pour sentir combien sont vagues les notions fournies par les symptômes, il ne faut qu'arrêter un moment ses regards sur la satisfaction que fait éprouver à l'esprit la connaissance précise des altérations organiques, jointe à celle des altérations fonctionnelles. Pour sentir combien cette connaissance est utile, il ne faut que comparer la médecine antique et la médecine moderne. Quelque exactitude que l'on porte dans l'esprit d'observation, il est impossible, sans cette connaissance, de distinguer une multitude de nuances dans les phénomènes fonctionnels; et confondant entre eux les phénomènes sympathiques avec les phénomènes locaux, on est toujours conduit à reconnaître des maladies générales essentielles, enfin des erreurs qui entraînent des conséquences funestes. Les chapitres du Pronostic et des Indications thérapeutiques feront encore mieux ressortir ces vérités.

Rien n'est donc plus important à nos yeux que de distinguer, par des signes certains, les maladies les unes des autres. Nous allons en conséquence nous efforcer de tracer aussi exactement qu'il nous

sera possible les différences essentielles qui les caractérisent.

Il est deux manières de procéder dans l'exposition des phénomènes morbides. Dans l'une on décrit d'abord les altérations que présentent les organes, depuis leur invasion jusqu'à leur terminaison; on présente ensuite les phénomènes fonctionnels correspondants. Cette méthode serait bien la plus satisfaisante, et de beaucoup préférable à toute autre; mais la nature ne nous permet pas de suivre ainsi les dérangements intérieurs des viscères, nous ne pouvons les examiner que lorsqu'ils ont occasioné la mort des malades; il en est un grand nombre qui ne font jamais périr. Nous devons cependant dire, dans l'intérêt de l'art, que nous connaissons quelques maladies dans tous les degrés de leurs altérations organiques. La mort nous fait souvent voir dans le même organe divers modes d'altérations qui indiquent tous les degrés de l'affection locale : on aperçoit dans un point une simple rougeur; plus loin, de l'épaississement ou de la dureté; plus loin, de la suppuration; enfin on voit quelquefois la maladie faire des progrès rétrogrades, lorsque le malade a succombé dans sa convalescence par un accident quelconque.

On connaît aussi quelques altérations organiques non mortelles par elles-mêmes, lorsqu'elles se sont montrées en même temps que des maladies plus graves qui ont fait périr le malade. Mais ces don-

nées ne sont pas assez nombreuses pour faire la base de l'exposition des maladies.

Il est d'ailleurs des altérations organiques dont nous ignorons les signes caractéristiques. Nous ne parlons ici que des altérations locales qui nous sont connues; mais combien n'en existe-t-il pas d'autres, ainsi que nous le verrons bientôt, qui nous sont entièrement inconnues! Cette méthode est bien celle à laquelle tend la médecine organique; mais le moment de la mettre en usage n'est pas encore arrivé. Il faut donc se résoudre à employer la méthode ancienne, qui consiste à exposer les désordres fonctionnels d'abord; ensuite les modifications organiques correspondantes, lorsqu'elles sont connues.

Nous traiterons d'une manière générale des diverses classes des maladies, puis des maladies en particulier. Nous exposerons d'abord celles dont le siége est bien connu, ensuite celles dont le siége est seulement probable; nous finirons par celles dont le siége est totalement ignoré.

Pour atteindre plus sûrement le but que nous nous proposons dans cette partie de notre ouvrage, il importe de rapprocher les unes des autres les maladies dont les symptômes offrent le plus de ressemblance. Si pour l'étude de la pathologie il est bon de les classer dans un ordre méthodique qui les groupe d'après certaines affinités, ici cette classification ne saurait être conservée. Dans une

nosographie, il peut être très philosophique de réunir ensemble toutes les phlegmasies par ordre de tissus, toutes les hémorrhagies, toutes les névroses, etc.; une pareille classification ne peut être adoptée lorsqu'il s'agit de faire voir en quoi les maladies diffèrent les unes des autres; nous sommes pour ainsi dire malgré nous ramenés vers l'*ordre organique et fonctionnel.*

Si lorsqu'un organe est lésé la fonction que cet organe exécute ou à laquelle il concourt doit être aussi lésée, nul doute que la plus grande ressemblance qui puisse se rencontrer dans les maladies ne doive dépendre de l'organe qui souffre; car, quelle que soit la nature de la lésion, la même fonction sera toujours altérée.

Ce sera donc par organes qu'il faudra classer les maladies dont la ressemblance peut imprimer au diagnostic quelque difficulté. Il est en effet impossible de confondre les maladies de la tête et celles de la poitrine ou de l'abdomen. Les erreurs de diagnostic n'arrivent ordinairement qu'entre affections de même organe ou d'organes voisins les uns des autres, entre organes qui concourent à une même fonction. La nature de la maladie a beau être la même, elle diffère beaucoup si elle attaque deux organes différents. Il existe une différence très grande entre la bronchite et la gastrite, différence telle que jamais personne ne les confondra; cette difference est bien moins marquée entre la

gastrite et le cancer de l'estomac, quoique la nature de la maladie soit bien différente.

En classant les maladies d'après leur nature, on a sans doute suivi la méthode la plus avantageuse sous le rapport du traitement; car il est indubitable que la nature des affections ne fournisse les bases, au moins principales, de leur thérapeutique. Une phlegmasie, par exemple, est toujours une phlegmasie, quel que soit l'organe affecté; et, sous le rapport des grandes données curatives, c'est le point le plus important à connaître. Le siége de la phlegmasie imprimant néanmoins des modifications très importantes au traitement, cette connaissance ne peut être impunément négligée; et c'est en rapprochant les maladies d'un même organe, c'est en cherchant à faire ressortir les caractères qui les différencient, qu'on atteint ce but intéressant.

Posons quelques exemples. Il existe une altération quelconque dans le poumon; quel sera le premier phénomène fonctionnel qui devra se manifester? Ne sera-ce pas le dérangement de la respiration? ne sera-ce pas ce dérangement qui se montrera également dans toutes les maladies du poumon, et qui pourra les faire confondre? Il existe une altération circonscrite dans une portion du cerveau; quels seront les phénomènes fonctionnels que nous devons observer d'abord? Ne sera-ce pas la diminution ou la perte du mouvement, du sentiment, ou de quelque fonction sen-

soriale, etc. ? Ce sera donc l'organe lui-même qui fournira les maladies qui se ressemblent le plus, ou bien les organes voisins. Ce que nous devons faire n'est donc, pour ainsi dire, qu'un diagnostic anatomique. Nous allons examiner les maladies organes par organes.

Nous voici parvenus naturellement à l'exposition d'une pathologie organique. Malheureusement la science n'est pas encore assez avancée pour que toutes les maladies soient comprises dans cet ordre. Il existe en médecine un assez grand nombre d'affections dont le siége n'est pas connu ; il en est dans lesquelles le siége étant fortement présumé, on ne connaît cependant nullement la nature de l'altération qui les produit. C'est une lacune immense et bien regrettable dans l'art de guérir, et d'autant plus malheureuse, qu'il ne sera peut-être jamais possible de la remplir.

Sans vouloir poser des bornes à la puissance de l'esprit humain, on peut présumer qu'il existe des modifications organiques qui ne sont nullement de nature à tomber sous nos sens ; il en est d'autres qui doivent nécessairement disparaître après la mort.

Citons encore quelques exemples.

Lorsque vous contractez les muscles d'un membre pour le mouvoir, il se passe bien certainement dans le cerveau une modification organique quelconque, par laquelle l'agent nerveux, quel qu'il soit, est envoyé, au moyen des nerfs, dans les

muscles qui doivent se contracter ; cela est indubitable. Eh bien, immédiatement après la contraction, cette modification cérébrale doit cesser. Maintenant, si une maladie périodique est caractérisée par des mouvements insolites, désordonnés, involontaires, que doit-il se passer dans le cerveau ? Ne sera-ce pas une modification semblable à la première, c'est-à-dire susceptible de disparaître après l'accès ? Si telle est, comme tout porte à le croire, l'espèce d'altération organique qui cause l'épilepsie, il faut bien se résoudre à l'ignorer toujours. Je dis que tout porte à le croire, car je considère les altérations cérébrales signalées par les auteurs comme l'effet et non comme la cause des convulsions. D'abord il faut mettre de côté, comme cause organique des convulsions épileptiques, toutes les lésions locales du cerveau. L'épilepsie est une maladie générale de la portion locomotrice de l'encéphale ; ce qui le prouve, c'est que les symptômes sont généraux : une lésion locale ne peut être la cause de ces phénomènes généraux, et si elle les produit, ce ne peut être qu'en déterminant une modification générale semblable à celle que nous avons signalée tout à l'heure. Ce qui prouve plus encore que les lésions locales ne sont pas la cause organique de l'épilepsie, c'est qu'elles surviennent *le plus ordinairement* sans que l'épilepsie ait lieu, et que, d'un autre côté, l'épilepsie arrive le plus ordinairement aussi chez des sujets qui n'ont point ces

altérations locales. Ainsi je crois que l'épilepsie caractérisée par des phénomènes généraux doit être due à une altération générale de l'appareil qui commande le mouvement. C'est dans ce sens que nous avons cru pouvoir la considérer comme dépendante d'une modification de l'agent locomoteur lui-même; pure conjecture que nous nous sommes permise, qui n'est fondée que sur le raisonnement, et que je me garderai bien de donner pour autre chose. Maintenant les altérations générales trouvées dans le cerveau des épileptiques me paraissent l'effet des convulsions, parceque l'on conçoit que ces convulsions doivent déterminer l'afflux du sang vers le cerveau, et, par suite, des congestions et des inflammations souvent mortelles. Ce qui le prouve encore, c'est que, dans la très grande majorité des cas, nous voyons ces congestions et ces inflammations sans mouvements convulsifs, et réciproquement. On me dira peut-être que ceci est contraire aux lois de la médecine organique. Pas du tout. Je crois qu'il existe une altération; mais je ne crois pas que ce soit aucune de celles qu'on a signalées jusqu'à ce jour; et je pense qu'il sera très difficile, pour ne pas dire impossible, de la reconnaître jamais.

Nous devons en dire autant de l'hystérie, de la catalepsie, de l'hypochondrie, etc., etc., objet éternel de regret pour nous! Heureusement que ces maladies, comparées à celles dont nous connais-

sons la cause organique, sont infiniment peu nombreuses, et surviennent plus rarement.

DIFFÉRENCES GÉNÉRALES DES MALADIES.

Les maladies diffèrent entre elles par un si grand nombre de circonstances, qu'on peut dire qu'il n'en est pas deux de parfaitement semblables sous tous les rapports : aussi a-t-on dit avec justesse qu'il n'existait réellement en médecine que des individus, et que, relativement à la thérapeutique, il n'y avait que l'*à propos*. Ces propositions sont vraies dans toute la force de l'expression; elles laissent une immense carrière au génie du médecin, qu'elles affranchissent pour ainsi dire des règles, et laissent agir d'après ses naturelles inspirations. Ces propositions, en reculant pour ainsi dire à l'infini les bornes de l'art, seraient bien propres à effrayer de son immensité les hommes qui se proposent de l'embrasser, si l'on n'était parvenu à poser des principes fondamentaux qui en resserrent l'étendue, en facilitent l'étude et l'application.

A la vérité, malgré les efforts tentés par tant de grands hommes, l'innombrable variété des matériaux qu'ils avaient à mettre en œuvre, l'imperfection de beaucoup d'entre eux, n'ont pas permis d'élever encore un édifice irréprochable.

Mais quand on pense que les maladies varient par leur siége, par leur étendue, par leur inten-

sité, par leur nature, par leur marche, par leur durée, par leurs causes, par leurs symptômes, par leurs caractères organiques; qu'elles varient suivant l'âge, la constitution, le sexe, les professions, les habitudes, les idiosyncrasies, les goûts et les antipathies, etc., ce n'est plus de n'avoir pas atteint la perfection qu'on doit s'étonner, mais bien d'être parvenu au point satisfaisant où nous sommes arrivés.

Les maladies peuvent occuper toutes nos parties: quelques unes peuvent les affecter toutes; un certain nombre ne sont propres qu'à certains organes ou appareils; enfin il en est qui sont fixes, d'autres qui sont mobiles et passent avec la plus grande facilité d'un lieu dans un autre, etc. Sous le rapport du siége, les maladies offrent donc la plus grande différence. Le but principal et constant de cet ouvrage étant de faire sentir cette différence, nous croyons inutile d'y insister davantage ici.

Nul doute qu'il n'y ait aussi une très grande différence entre les maladies sous le rapport de leur étendue: bornée dans un espace circonscrit, ou envahissant l'économie animale tout entière, une maladie, quoique de même nature, ne saurait être considérée comme identique. Il en résulte des différences majeures et dans le pronostic et dans le traitement.

L'intensité de la maladie apporte des modifications non moins importantes.

Leur nature mérite sous ce rapport de fixer particulièrement notre attention. Mais que doit-on entendre par ce mot de nature des maladies? Qu'est-ce qui caractérise la nature des maladies? Comment peut-on s'élever à cette connaissance? Y a-t-il des maladies de plusieurs natures, ou bien n'y a-t-il qu'une nature de maladies, modifiée par diverses circonstances, etc.? Arrêtons-nous un moment sur ces importantes questions.

Nous avons dit que nous ne croyions pas qu'il fût donné à l'homme de pénétrer l'essence des maladies, de connaître leur nature intime; ce sont là des secrets qui ne nous seront sans doute jamais dévoilés : jamais nous ne saurons quelle est l'essence de la variole, de la rougeole, du zona, etc.; mais quoique cette connaissance nous soit à jamais refusée, nous pouvons parvenir à savoir qu'elle existe, qu'elle n'est pas la même dans toutes, et c'est un point capital. L'exemple déplorable de ceux qui ont voulu chercher la cause prochaine des maladies, le ridicule ineffaçable dont ils se sont couverts, nous éclairent trop sur les dangers qu'il y a à quitter le sentier de l'observation, à se laisser entraîner par les charmes de l'imagination, pour que nous soyons tentés de nous livrer à l'investigation d'un sujet qui se dérobe à nos sens. Aussi n'est-ce que par leur témoignage que nous allons nous efforcer de répondre aux questions que nous venons de poser. Laissant donc de côté toutes les chimères dé-

bitées jadis et de nos jours sur l'essence des maladies, voyons par quel moyen on peut reconnaître qu'elles diffèrent par leur nature, et sur quelle base on doit s'appuyer pour s'élever à cette connaissance.

Ne pouvant déterminer d'une manière rigoureuse, par les seuls efforts de la pensée, quelle est la nature intime des maladies, ne pouvant même y parvenir à l'aide de nos sens, il est évident que nous sommes bornés à chercher les caractères physiques qui peuvent établir une différence dans la nature des maladies, ou à faire connaître son identité.

Ces caractères ne peuvent être que ceux que fournissent les phénomènes morbides, fonctionnels et organiques. Je ne vois dans les maladies de différences fondamentales que celles qu'on tire de ces deux ordres de phénomènes. Lorsqu'un certain nombre de ces phénomènes se montreront dans un certain ordre, avec des rapports constants entre eux, dépendant les uns des autres, se succédant d'une manière rigoureuse, présentant toutefois quelques modifications suivant des circonstances prévues, telles que celles de leur siége, de leur cause, de leur durée, de leur marche, etc., nous admettrons que ces phénomènes observés ainsi constitueront une maladie d'une nature donnée : en même temps si nous observons des phénomènes d'un autre genre, se montrant indépen-

dants des précédents, dans un ordre différent, dans un autre mode de succession, dans des circonstances diverses, etc., nous reconnaîtrons que ce nouvel ordre de phénomènes constitue une maladie d'une autre nature, sans nous inquiéter de l'essence qui les produit.

Il est fâcheux d'être obligé de descendre encore à prouver qu'il existe plus d'une maladie, mais c'est un malheur attaché à l'époque où nous écrivons. Les efforts violents qu'on a faits pour ramener tous les phénomènes morbides organiques et fonctionnels au seul travail inflammatoire sont encore trop récents, ils ont été trop vivement accueillis par quelques jeunes écrivains, ils sont trop souvent encore reproduits dans leurs écrits, pour que nous puissions nous taire sur ce sujet. Notre silence passerait pour une concession.

Nous éprouvons une telle satisfaction à rendre justice, que nous commençons par déclarer que nos observations ne sont plus applicables à l'auteur de l'*Examen des doctrines régnantes;* il a été le premier à se rendre aux objections pressantes qui lui ont été adressées, et il n'a pas craint de revenir sur ses pas dès qu'il s'est aperçu qu'il s'était trop avancé.

Ainsi, il reconnaît aujourd'hui qu'il existe des maladies par irritation, et c'est le plus grand nombre; que parmi les irritations il est une multitude de différences; qu'il existe des maladies

spécifiques, et que l'irritation n'est pas toujours fixée dans le ventricule;

Qu'il existe des maladies des fluides, le scorbut;

Qu'il existe des maladies par faiblesse;

Enfin qu'il existe des *Névropathies*.

Ce système ainsi modifié est bien plus raisonnable que celui auquel il a justement renoncé. Il s'approche beaucoup des principes que nous professons depuis dix ans. Ce n'est donc pas à ce médecin que peuvent s'adresser aujourd'hui nos reproches, mais bien à ces jeunes prosélytes, qui, entraînés par la simplicité des premières idées du professeur du Val-de-Grâce, les ont adoptées, publiées, soutenues, prônées, et les soutiendront et les prôneront toute leur vie, parceque, par une déplorable disposition de l'esprit humain, on soutient avec bien plus d'opiniâtreté les opinions qu'on a adoptées que celles qu'on a créées; ils les soutiendront par la raison qu'ils les ont avancées et soutenues. Et tandis que toute la génération se rangera du côté de la médecine organique, ils se battront encore les flancs pour la médecine dite physiologique. Vieux avant le temps, ces jeunes auteurs se trouveront ainsi isolés au milieu de leurs confrères, et présenteront un air d'étrangeté dont eux seuls ne s'apercevront pas, parcequ'ils s'imagineront toujours régir l'empire médical.

Ces auteurs écrivent encore qu'il n'existe qu'une seule maladie, que cette maladie est l'irritation,

que tout ce qui n'est pas irritation n'est rien, et que le siége primitif ou consécutif de cette irritation est dans l'estomac ou les intestins. Pour ne pas tomber dans des répétitions inutiles, nous renverrons le lecteur à ce que nous avons dit à ce sujet dans notre premier volume; nous pensons qu'on aura pu y puiser la conviction qu'il existe plus d'une maladie (1).

Pour prouver qu'il n'existait qu'une maladie, ces auteurs ont été obligés de donner au mot irritation une extension prodigieuse; ils ont commencé par dire que les caractères attribués à la phlegmasie n'étaient pas nécessaires pour que cette maladie existât. Ils ont fait voir, ce que personne n'ignorait d'ailleurs, qu'il existait des phlegmasies qui manquaient de la plupart de leurs signes caractéristiques; ils ont fait voir que des maladies considérées jusqu'à ce jour comme non inflammatoires offraient beaucoup de phénomènes phlegmasiques; ils en ont conclu que les unes et les autres étaient des inflammations; enfin, regardant toutes les maladies comme des *irritations*, ils ont fait ce dernier mot rigoureusement synonyme de *maladies*.

Mais d'abord toutes les maladies sont-elles des irritations? En second lieu, si l'on parvient à dé-

(1) Voyez page 19 jusqu'à la page 58, et depuis la page 97 jusqu'à la page 121, etc.

montrer que telle est leur nature, quel bien peut-il en résulter pour la science et l'humanité?

Une source éternelle de discussions interminables, c'est, comme on l'a dit si souvent, qu'on ne définit pas ou qu'on définit mal les mots que l'on met en usage. Si dès le principe on eût défini ce qu'on entendait par inflammation, nous n'en serions plus aujourd'hui à savoir si telle et telle maladie est ou n'est pas une inflammation. Nous saurions ce que nous devons entendre par irritation et par phlegmasie; si ce sont deux choses différentes, si ce sont deux choses identiques ou des degrés différents d'une même chose. Mais voulant embrasser dans la phlegmasie le cadre entier des maladies qui frappent l'espèce humaine, on s'est bien gardé de donner à ce mot un sens précis quelconque, parceque tout ce qui n'aurait pas été compris dans ce sens n'aurait pas été regardé comme inflammation; c'est ce que ne voulaient pas les réformateurs modernes. Peut-être aussi qu'embarrassés par l'innombrable diversité des attributs de l'inflammation telle qu'ils la concevaient, ils ont désespéré de pouvoir la définir.

Quoi qu'il en soit, malgré les efforts tentés par quelques médecins, il faut convenir que la meilleure définition de l'inflammation est celle que nous ont laissée les anciens.

Rejetant donc les définitions métaphysiques données par quelques auteurs, qui ont considéré

l'inflammation comme l'exaltation des propriétés vitales, ou comme on l'a dit plus récemment de quelques propriétés vitales, parceque nous regardons ces abstractions comme propres à faire rétrograder l'art en ouvrant le champ aux hypothèses, nous nous bornerons à dire que les premiers phénomènes locaux qui se manifestent à la suite de l'application d'une cause irritante sont la douleur de la partie, sa chaleur, sa rougeur et sa tuméfaction. Ce sont là les premiers effets anatomiques qui frappent nos sens. Ces effets en déterminent d'autres dans l'organe qui en est le siége, et qui varient selon cet organe ; le plus important est l'altération de la fonction à laquelle préside cet organe. En second lieu l'inflammation d'un organe détermine des dérangements plus ou moins marqués dans les organes ou les fonctions avec lesquels celui-ci se trouve en relation plus ou moins directe. Les phénomènes les plus constants de l'inflammation sont la chaleur générale, un accroissement dans les actes circulatoires, la soif, etc.

Ainsi toutes les fois qu'un individu présentera les phénomènes que nous venons d'exposer, il sera atteint d'une inflammation. Cette description succincte caractérise donc l'état inflammatoire ; mais il s'en faut de beaucoup que toutes les inflammations se présentent avec ce cortége de symptômes. Il peut arriver aussi que cette réunion de phé-

nomènes existe sans qu'il y ait inflammation.

Lorsque par une cause quelconque la circulation est accélérée dans un point de l'économie, qu'il existe une congestion sanguine, on observe dans cette partie de la rougeur, de la douleur, de la tuméfaction, de la chaleur, et l'on ne peut pas dire que cette partie soit enflammée. Si l'on tient, pendant quelque temps, auprès d'un foyer vif, quelque partie du corps, elle rougit, se gonfle, devient chaude et douloureuse. Cette partie n'est cependant pas enflammée, elle est seulement congestée. Pour qu'il y ait inflammation, il faut donc qu'il existe une disposition particulière dans la partie malade. Il est très vraisemblable que cet état particulier, inappréciable à nos sens, gît dans le système nerveux, qui doit éprouver la première modification produite par la cause irritante. Ici, comme pour beaucoup d'autres points de la science, nous devons déplorer l'insuffisance de nos moyens investigateurs, incapables de nous faire reconnaître et déterminer ce que notre raison nous oblige d'admettre. Ainsi l'apparence de l'inflammation peut exister, et néanmoins cette maladie n'exister point : telle est la simple congestion des organes.

On a établi des différences entre les caractères anatomiques de la congestion et ceux de l'inflammation. On a dit que la rougeur produite par celle-ci était uniforme, ressemblait davantage au mélange intime du sang avec le tissu de l'or-

gane enflammé, tandis que dans la rougeur de la congestion on pouvait distinguer les vaisseaux capillaires, plus remplis de sang, plus développés, plus rouges que dans l'état ordinaire. On a dit aussi que le sang disparaissait plus facilement à la pression dans ce dernier cas que dans le précédent. Ces caractères sont exacts dans la majorité des cas ; on peut ajouter que la rougeur inflammatoire persiste toujours plus long-temps que l'autre. La douleur est moins aiguë, moins vive dans la simple congestion : ce n'est qu'une lourdeur, qu'une gêne plutôt qu'une véritable douleur. Ainsi des autres phénomènes.

Mais l'inflammation ne présente pas toujours, il faut l'avouer, les caractères que nous lui avons attribués, et ces caractères varient suivant l'organe affecté, suivant la période de la maladie, sa cause, sa marche, son intensité, etc. Circonstances que nous examinerons bientôt avec quelques détails, et qu'il faudra bien déterminer pour distinguer tout ce qui est de tout ce qui n'est pas inflammation.

Maintenant, si nous trouvons des altérations organiques et fonctionnelles qui s'éloignent manifestement des caractères que nous venons d'exposer, pourrons-nous les regarder comme l'effet d'une même maladie ?

Un individu parfaitement bien portant, n'éprouvant aucune douleur, parle tranquillement

dans un salon ; tout-à-coup il est pris d'un écoulement de sang, plus ou moins abondant, par les narines : cet individu a-t-il une inflammation de la pituitaire ? Non, sans doute. Eh bien, pourquoi cette exhalation n'aurait-elle pas lieu sur toutes les membranes muqueuses, et même dans le tissu des organes, etc., sans inflammation préalable ?

Lorsque les menstrues apparaissent, est-ce à la suite aussi d'une phlegmasie périodique ? Et si cet écoulement sanguin peut avoir lieu sans inflammation dans quelques circonstances, pourquoi n'arriverait-il pas ainsi dans d'autres ?

Notre ami le docteur Lefebvre, dès 1812, a publié une Dissertation très intéressante, que nous avons déjà citée, sur la ressemblance des hémorrhagies et des phlegmasies ; mais, tout en admettant des points nombreux de contact, tant sous le rapport des symptômes que sous celui du traitement, cet ingénieux auteur n'a pas prétendu qu'une hémorrhagie fût une inflammation.

Une douleur vive et subite, portée tout-à-coup à son plus haut degré d'intensité, se manifeste dans l'abdomen et disparaît presque aussitôt : sera-ce une gastro-entérite, une péritonite, une inflammation enfin ? Reconnaissez-vous là les caractères d'une phlegmasie ? Une douleur du même genre peut se montrer dans d'autres parties, et n'être pas davantage le symptôme d'une inflammation. Dans tous ces cas, si le malade succombe à une

affection étrangère à cette douleur, on ne rencontre dans la partie qu'elle occupait aucun des phénomènes organiques qui constituent la phlegmasie.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de l'altération des fluides, mais je pense qu'il en est résulté cette conviction qu'ils peuvent pécher par excès, par défaut, et même être altérés dans leur nature, ce qui est prouvé par l'anémie, la polyæmie, le scorbut, etc. : il est évident que ces états n'offrent pas les caractères de la phlegmasie.

Un individu est privé d'air, il expire asphyxié : est-il mort avec une inflammation ? La submersion, la strangulation sont-elles des phlegmasies ? L'asphyxie par gaz non respirable, par gaz délétère, est-elle une phlegmasie ?

La circulation est suspendue chez un autre par une impression morale vive, le sang cesse d'apporter au cerveau son stimulant nécessaire ; la mort peut être la suite de cet état : y a-t-il là phlegmasie ?

Par les progrès de l'âge, les organes s'usent, s'altèrent dans leur structure, et par suite dans leur expression fonctionnelle ; la mort survient : y a-t-il eu phlegmasie ?

Le phosphate calcaire se dépose lentement dans les parois des artères et principalement des gros vaisseaux, mais plus abondamment que dans les autres âges ; le cœur augmente de volume ou se dilate ; le sang stagne dans les poumons et dans le

système veineux ; des infiltrations surviennent : est-ce en vertu d'une phlegmasie ? Mais alors l'accroissement et la nutrition doivent être regardés comme des phlegmasies.

Prenons des exemples d'une autre nature.

Le cristallin perd de jour en jour sa transparence, mais sans douleur, sans chaleur, sans augmentation de volume, sans rougeur : est-ce par une phlegmasie ?

Un individu se luxe l'humérus, le fémur, un os quelconque : a-t-il une phlegmasie ? Un autre se fracture un membre, a-t-il une phlegmasie ? Chez un troisième, une portion d'intestin sort de l'abdomen par une ouverture, a-t-il une phlegmasie ?

On dira, sans doute, que ces états sont des *difformités* et non des maladies ; mais depuis quand la cataracte, les luxations, les fractures, les hernies ne sont-elles plus des maladies, et que diront les chirurgiens, si vous les privez ainsi de la plus grande partie des maux qu'ils sont appelés à traiter? Car je pense bien que vous ne regarderez pas une plaie comme une maladie, bien que l'inflammation doive survenir inévitablement ; cependant la solution de continuité récente n'est point encore une phlegmasie, et, dans vos principes, n'est point une maladie.

En voilà certes bien assez, avec ce que nous avons dit dans notre première partie, pour prou-

ver que toutes les maladies ne sont pas des inflammations.

Nous croyons avoir démontré que, parmi ces dernières, il en était de spécifiques, nous n'y reviendrons pas. Enfin nous avons fait voir aussi qu'elles pouvaient affecter tous les organes d'une manière primitive.

Maintenant supposons que toutes les maladies auxquelles l'espèce humaine est en proie soient des inflammations, que doit-il arriver? Il nous semble qu'alors rien n'est changé dans l'état de la médecine; le mot inflammation devient simplement synonyme du mot maladie, et le travail important qu'il reste à faire, c'est de chercher les différences qui les séparent, et qui doivent exercer une influence plus ou moins grande sur leur traitement. Peu importera, par exemple, que la rage soit une phlegmasie, mais bien qu'elle soit une phlegmasie spécifique, puisque le traitement antiphlogistique seul ne peut suffire pour sa guérison. Peu importera qu'une hernie étranglée soit une phlegmasie, puisqu'il faudra réduire cette hernie ou l'opérer; car le traitement antiphlogistique ne suffira pas pour guérir le malade, et ainsi des autres. Nous n'ignorons pas que partant de cette idée, que toutes les altérations morbides sont le résultat de la phlegmasie, on en a tiré cette conséquence qu'on devait guérir toutes les maladies par le traitement débilitant; mais c'est une erreur

palpable ; même en adoptant la prémisse, la conséquence est fausse. Il y aura toujours des phlegmasies spécifiques et des phlegmasies avec faiblesse générale qui réclameront un traitement différent et opposé ; c'est aussi l'avis de M. Broussais, qui est trop raisonnable pour persister dans des idées exagérées et exclusives, qui ne peuvent être le partage que de jeunes gens exaltés ou égarés.

Cela étant, voyons quels sont les caractères distinctifs des maladies sans nombre qui nous assiègent.

De l'inflammation en général.

On pense bien que dans le cadre étroit que nous nous sommes imposé nous ne prétendons pas faire l'histoire entière de l'inflammation ; nous devons nous borner à tracer les principaux traits qui la caractérisent.

L'inflammation revêt une multitude de formes, elle envahit tous les organes ; de là l'immense difficulté de la saisir, de la comprendre, et d'en donner une définition exacte et concise. Presque tous les auteurs ont éludé cette difficulté en décrivant simplement la maladie ; mais la diversité des formes qu'elle affecte, et la presque impossibilité de la définir, a donné, comme nous venons de le voir, sujet à des discussions sans nombre, opiniâtres, interminables. Notre siècle, plus qu'aucun autre, a été témoin de débats très scandaleux et,

qui pis est, très funestes à l'humanité : car malheureusement les discussions médicales ont cela de particulier, qu'entraînant toujours des applications thérapeutiques, elles doivent d'un côté ou d'un autre faire de nombreuses victimes. De là sans doute l'aigreur et l'acharnement qui les distinguent: qui peut en effet recevoir froidement le reproche d'avoir immolé ses semblables?

Nous pensons cependant qu'il est préférable de s'abstenir de donner une définition, que de la fonder sur de chimériques abstractions; gardons-nous de l'attrait irrésistible des explications, contentons-nous de ce que nous apprennent nos sens, c'est le moyen le plus sûr de ne pas nous égarer.

La définition descriptive que Pierre Franck nous a donnée nous paraît réunir le plus de signes caractéristiques de l'inflammation; elle doit faire reconnaître cette maladie partout où ces caractères se rencontrent : *calor partis, tensio, moles, ac durities aucta; ut plurimum cum sensu doloris fixi, nunc ardentis, nunc pungentis, pulsantis, nunc gravativi, aliquando nullo, cum colore vivido, nunc profundius rubro; sæpissime cum febre, pulsu frequenter pleno, forti ac duro, sæpe contracto ac parvo, aliquando naturali; ac tumoris evidenti, aut in suppurationem, aut in gangrænam nisu, dicitur inflammatio.*

Mais cet auteur ajoute judicieusement que l'absence de plusieurs de ces signes est un faible argu-

ment contre l'existence de l'inflammation. Celle-ci peut en effet exister sans la plupart d'entre eux. Il y a des inflammations sans douleur ; il en est sans chaleur, d'autres sans rougeur ; enfin il en existe un grand nombre sans tuméfaction. Quant aux phénomènes généraux, ils sont plus incertains encore, puisqu'ils ne dépendent pas directement de l'organe lésé. Aussi n'est-ce pas sur un seul signe qu'il faut établir son diagnostic, mais sur le concours de plusieurs d'entre eux, sur leur succession, et sur la réunion des causes et des phénomènes fonctionnels.

Quoique présentant un ensemble de caractères communs, les inflammations varient beaucoup suivant leur siége ; non seulement alors elles offrent des signes fonctionnels différents, mais encore des phénomènes locaux divers. Ainsi à la peau, dans le tissu cellulaire, muqueux, séreux, osseux, artériel, veineux, nerveux ; dans le parenchyme des organes ; dans le cerveau, le poumon, le foie, la rate, etc., les caractères généraux de l'inflammation prennent un aspect particulier que notre but est de faire connaître plus bas.

Les causes qui lui donnent naissance lui impriment aussi d'importantes différences : ainsi, par exemple, on a remarqué (1) que l'inflammation produite par une cause extérieure était presque tou-

(1) M. Chomel, article *Inflammation*, Dict. de méd.

jours bornée aux parties sur lesquelles avait agi la cause irritante; qu'elle affectait plusieurs tissus à la fois, tandis que l'inflammation par cause interne n'en occupe ordinairement qu'un seul; elle est en général dépourvue de phénomènes précurseurs, atteint presque sur-le-champ son plus haut degré d'intensité; elle varie elle-même suivant l'espèce de cause extérieure : une brûlure, une contusion, un instrument tranchant, un vésicatoire, ne produisent pas les mêmes phénomènes locaux; ils n'offrent pas de paroxysmes. La terminaison des phlegmasies par cause externe présente aussi quelques différences, elle est ordinairement plus prompte que dans les autres, et la délitescence est chez elle la plus favorable de toutes; on sait qu'il n'en est pas ainsi dans les inflammations par cause interne. Elles ont aussi plus de tendance à produire des adhérences, et ne récidivent qu'autant que l'application de la cause se renouvelle. Un de leurs caractères distinctifs est d'être produites pour ainsi dire à volonté.

Mais ce sont principalement les phlegmasies par cause interne qui doivent attirer notre attention. Or celles-là mêmes varient encore suivant l'espèce de cause qui les fait naître : elles peuvent être simples, idiopathiques, primitives ou consécutives, symptomatiques, spéciales, spécifiques, etc., et, suivant ces circonstances, présenter des phénomènes divers.

Ce n'est pas seulement sous le rapport de leur siége et de leurs causes que les inflammations diffèrent; elles peuvent être plus ou moins aiguës, plus ou moins rapides dans leur marche, durer plus ou moins long-temps; enfin leur intensité et surtout leurs périodes apportent dans leurs phénomènes locaux et généraux des différences nombreuses et remarquables.

L'inflammation simple, qu'on peut encore appeler primitive, idiopathique, est celle qui se développe sur l'organe même où la cause déterminante paraît avoir agi. Cette espèce d'inflammation n'est liée à aucune autre. Une inflammation spécifique ne saurait être selon nous considérée comme idiopathique, parcequ'elle emporte avec elle l'idée d'une combinaison. Il existe là, comme nous le dirons, autre chose que l'inflammation.

L'inflammation consécutive est celle qui est liée avec une autre maladie dont elle paraît dépendre. Ainsi dans une maladie organique de l'estomac il peut survenir une inflammation consécutive du péritoine ou des intestins.

Dans les maladies du cœur la présence mécanique du sang dans le poumon et les diverses membranes muqueuses finit par déterminer de véritables inflammations, qu'on peut regarder comme consécutives.

Nous donnons le nom de phlegmasies spéciales à celles qui se présentent constamment avec des

phénomènes qui leur sont propres, et qui ne sont ni épidémiques, ni contagieuses, enfin qui ne paraissent pas produites par une cause spécifique. Le zona, par exemple, est une inflammation spéciale; son siége et ses caractères constants l'attestent, et il n'est nullement contagieux.

Bien que l'épithète de *spécifique* ait été blâmée par des auteurs très estimables, nous la conserverons cependant, parcequ'elle nous paraît désigner très bien les phlegmasies qui se présentent avec un caractère particulier, et dues à une cause qui les détermine toujours, à une cause spécifique, en un mot, telles que la variole, la vaccine, etc.

L'inflammation simple par cause interne présente des signes fonctionnels, locaux et généraux, et des phénomènes organiques que nous allons exposer en peu de mots.

Une chose bien digne d'attention ce sont les phénomènes précurseurs qui se manifestent, dans le plus grand nombre des cas, avant l'apparition de la phlegmasie. De quoi dépendent ces phénomènes précurseurs?

L'individu qui doit avoir une phlegmasie, même une phlegmasie de la peau, éprouve un malaise général, des lassitudes spontanées, des douleurs dans les membres, de la somnolence ou de l'insomnie, quelquefois de la céphalalgie, de la tristesse, de l'ennui, une sensation insolite de froid ou de chaud; de l'inappétence, de l'empâtement, de l'amertume

de la bouche, enfin un trouble sensible dans tout l'organisme. De quoi dépendent ces phénomènes? On a dit, nous le savons, qu'ils étaient l'effet de la gastrite; mais rien ne le prouve; et nous avons répondu que nous ne le croirions que lorsque nous l'aurions vu, comme on doit le faire dans un art comme le nôtre, où l'on ne peut avoir trop de certitude. On nous a répliqué qu'on *avait vu* cette gastrite; que des individus étant morts dans le prodrome d'une phlegmasie de la peau, on avait trouvé leur estomac enflammé. Mais en y pensant bien, on reconnaît bientôt tout ce que cette assertion a de douteux, pour ne rien dire de plus. D'abord on ne meurt pas dans le prodrome d'une maladie de la peau, et je suppose qu'un accident ait terminé les jours d'un individu qui présentât les phénomènes précurseurs d'une telle maladie, comment avez-vous su qu'il devait avoir une maladie qu'il n'avait pas encore? qui vous assure qu'il dût avoir une phlegmasie de la peau, et qu'il ne devait pas n'avoir qu'une simple gastrite?... Et c'est par de telles affirmations qu'on entraîne la croyance et l'enthousiasme des jeunes gens! Efforçons-nous de marcher avec plus de franchise et de bonne foi.

Il est vraisemblable que les phénomènes précurseurs tiennent à l'action de la cause sur un système général, c'est-à-dire sur la circulation ou l'innervation, et principalement sur les fluides, qui sont les principaux agents de ces

fonctions. Nous reviendrons sur ce point capital.

Après un temps plus ou moins long de cette période d'incubation, le malade éprouve ordinairement un frisson d'une violence et d'une durée variables. Bientôt un point douloureux se fait sentir. Si l'inflammation est extérieure, on remarque de la rougeur, de la chaleur, enfin de la tuméfaction. On pense bien que ces phénomènes ne peuvent guère s'emparer d'un organe sans que cet organe ne soit gêné dans ses fonctions, et que ce désordre fonctionnel doit varier suivant l'espèce d'organe affecté. On conçoit aussi sans peine que les organes qui auront avec celui qui est malade une connexion plus intime seront les premiers à participer au trouble survenu ; enfin, suivant l'intensité de la phlegmasie et l'importance de l'organe malade, toute l'économie participera à cet état de souffrance, et manifestera cette participation par le désordre général des actes organiques.

C'est à la diversité des caractères de ce petit nombre de phénomènes que nous devons la distinction des différentes inflammations; en effet, la douleur est loin d'être la même dans toutes, elle est même infiniment variable; il en est de même de la rougeur, qui peut offrir toutes les nuances, de la chaleur et de la tuméfaction.

Le premier de ces phénomènes, la douleur, peut ne pas exister; elle est cependant celui de tous qui manque le plus rarement; mais, ainsi

que nous l'avons vu (1), elle se présente sous une multitude d'apparences. Tantôt à peine sensible, une pression assez forte est nécessaire pour en donner la conscience au malade, tantôt d'une violence telle, qu'elle est intolérable et peut occasioner la mort. L'inflammation occupe-t-elle la peau, elle peut déterminer une sensation d'ardeur, d'âcreté, de démangeaison, d'élancements; sur les membranes séreuses, à la plèvre, elle produit une douleur poignante; au péritoine, une douleur vive et tellement superficielle que le moindre attouchement est insupportable. Des pulsations, des battements, un poids incommode, etc., caractérisent d'autres phlegmasies ou quelques unes de leurs terminaisons. La douleur ne se manifeste souvent que par l'expression de la face. Il est une multitude de circonstances que nous avons déjà signalées qui peuvent rendre nul le sentiment de la douleur, ou nulle son expression. Tous les cas qui entraînent le carus, le délire, l'âge très avancé ou la première enfance, sont de ce nombre.

La couleur rouge des organes enflammés offre presque autant de variétés que leur perversion de sensibilité. Elle est ordinairement d'une teinte rosée, assez uniforme; mais elle est quelquefois si légère qu'elle est à peine appréciable, et que dans quelques circonstances elle peut facilement

(1) Voyez tome Ier, pages 179 et 544.

être révoquée en doute par les personnes qui ne veulent pas la reconnaître. La rougeur peut être portée jusqu'à une nuance violette, noirâtre, et présenter tous les degrés intermédiaires. Elle diffère dans tous les organes; elle est plus intense dans les membranes muqueuses et dans quelques parenchymes que dans toutes les autres parties. Les membranes séreuses sont celles où elle offre le moins d'intensité. On ne peut guère bien juger ce phénomène inflammatoire que lorsqu'il a son siége à la peau ou sur les membranes muqueuses de la bouche et du commencement du pharynx. Lorsque la maladie occupe quelque viscère intérieur, ce n'est qu'à l'ouverture du corps qu'on peut apprécier la rougeur. Mais alors d'autres difficultés se présentent, cette rougeur n'a-t-elle pas diminué, n'a-t-elle pas augmenté depuis la mort? L'observation démontre que l'un et l'autre peut avoir lieu. Ce que l'on remarque à la peau dans le cas d'érysipèle rend très probable la diminution et peut-être la disparition complète de la rougeur après la mort : on sait en effet qu'il existe une différence extrême entre la rougeur qui existe pendant la vie et celle qui reste après la mort; c'est à peine si l'on peut reconnaître les traces de la maladie. Nous n'ignorons pas que nous prêtons ici des armes aux partisans exclusifs de l'irritation, qui ne manqueront pas de dire que, puisque la rougeur peut disparaître après la mort, on ne doit

pas rejeter l'existence de l'inflammation d'un organe sur l'absence de la rougeur : mais peu nous importent les conséquences forcées qu'on en voudra déduire ; notre devoir est d'exposer la vérité tout entière.

Il est inutile d'ajouter que l'étendue, la circonscription de la rougeur sont très variables, et qu'elle n'est pas la même dans toutes les circonstances d'une même inflammation. Nous allons y revenir en parlant des périodes, etc.

Long-temps on a discuté pour savoir si la partie enflammée augmentait réellement de température ou si ce n'était qu'une sensation de la part du malade. Il est bien évident aujourd'hui que cette augmentation est une chose réelle, bien que dans quelques circonstances elle ne soit que le résultat d'une sensation illusoire. Cette chaleur varie aussi beaucoup suivant l'organe qu'elle occupe : elle est très légère ou très intense, âcre, mordicante, sensible au toucher ou insensible. Il n'est pas rare de rencontrer une augmentation de température sur les parties qui correspondent à un organe enflammé. Nous regardons cet effet comme purement physique. Il est le résultat de la propagation du calorique de proche en proche, et non celui d'une prétendue sympathie. Cette explication est plus nécessaire qu'on ne pourrait penser, dans l'état actuel de la science, puisqu'il peut en découler des indications thérapeutiques particulières.

C'est principalement à la peau que la chaleur inflammatoire se fait le plus vivement sentir, ensuite aux membranes muqueuses, puis aux parenchymes, où quelquefois elle est cependant presque nulle.

L'irritation déterminant l'afflux des liquides sur la partie qu'elle occupe, il est facile de concevoir que cette partie doit devenir le siége d'un engorgement, d'une tuméfaction, et cela d'une manière d'autant plus marquée que l'organe malade sera par sa nature plus susceptible de se laisser pénétrer par les fluides. Ce phénomène inflammatoire est donc plus ou moins prononcé suivant les tissus affectés, et suivant aussi l'intensité de l'inflammation. Plus les tissus sont lâches et perméables, et plus le gonflement peut être considérable. Certains organes parenchymateux prennent un tel accroissement qu'ils semblent ne pouvoir plus être contenus dans leurs enveloppes, et lorsqu'après la mort on vient à les briser, ils font irruption au dehors; on dirait qu'ils sont hypertrophiés. Le tissu cellulaire est celui de tous qui acquiert un développement plus considérable; certaines glandes, les amygdales, par exemple, se gonflent aussi beaucoup; les membranes muqueuses s'épaississent sensiblement, etc. Si l'épaississement des membranes séreuses a lieu, il ne peut être très marqué; il a été nié par plusieurs auteurs. Ainsi que la rougeur, la tuméfaction n'est guère sensible

pendant la vie que sur la peau et sur les orifices des conduits naturels : cependant il n'est pas rare d'avoir la conscience de tumeurs inflammatoires développées dans les organes abdominaux ; et la percussion, en nous signalant l'hépatisation du poumon, peut nous faire reconnaître en même temps son augmentation de volume.

Avant de passer aux autres symptômes de l'inflammation, nous devons dire quelles modifications ceux-ci éprouvent pendant les diverses périodes de cette maladie. Dans le début ils sont en général peu prononcés, à moins cependant qu'ils ne dépendent d'une cause externe qui les porte tout de suite à leur plus haut degré d'intensité. Peu à peu ils prennent de l'accroissement, arrivent au bout d'un certain temps au terme de leur développement, et enfin décroissent, disparaissent, en déterminant des modifications dont nous allons parler bientôt.

Dans les premiers jours la rougeur est à peine visible, elle est aussi très peu étendue ; petit à petit elle devient plus prononcée, en même temps qu'elle gagne les parties voisines. Elle est ordinairement plus intense dans le lieu où elle a pris naissance, c'est en général vers son centre ; elle s'affaiblit graduellement sur ses bords.

La douleur suit la même progression : elle est quelquefois à peine sensible dans l'origine d'une inflammation, et lorsque celle-ci est extrêmement

violente, il peut arriver que le malade cesse de la percevoir ; la chaleur, qui est d'abord à peine augmentée, devient de jour en jour plus incommode, plus insupportable ; enfin le gonflement qui accompagne les phénomènes précédents suit une marche analogue.

Toutes les inflammations ne parcourent pas leurs diverses phases dans le même laps de temps. La même inflammation se développe souvent avec une vitesse différente. On peut cependant dire d'une manière générale qu'une phlegmasie aiguë croît rarement encore passé le troisième septenaire, tandis qu'il est rare qu'elle ait cessé d'augmenter vers le troisième jour.

Il arrive quelquefois que, parvenus à un certain degré, les phénomènes locaux que nous avons examinés jusqu'ici diminuent légèrement, s'arrêtent, se prolongent, se perpétuent indéfiniment. Ils passent à l'état chronique, état caractérisé par une moindre intensité des phénomènes morbides, par leur marche stationnaire, et leur durée pour ainsi dire illimitée.

Lorsqu'une inflammation frappe un organe, elle ne produit pas seulement les symptômes que nous venons d'exposer : l'un de ses effets les plus constants est de gêner, de troubler, d'intervertir, de suspendre même de diverses manières les actes de cet organe. Il résulte de là une multitude d'expressions fonctionnelles propres à chacune de

nos parties, et d'où découlent les signes les plus précieux pour les distinguer les unes des autres, signes que nous exposerons bientôt avec quelques détails. Si l'inflammation affecte un organe exhalant, comme la peau, les membranes muqueuses, séreuses, un organe sécrétoire, l'exhalation, la sécrétion se trouvent d'abord diminuées, arrêtées; de là la sécheresse des membranes et la suspension des sécrétions dans la première période d'une phlegmasie; phénomène général de la plus haute importance, dont l'observation nous avait conduit à révoquer en doute la certitude de l'égophonie comme signe d'un épanchement pleurétique. Après quelques jours l'exhalation ou la sécrétion reparaissent, mais avec des modifications variées dans la nature des fluides manifestement altérés. Le mucus devient abondant et clair; puis opaque, puriforme, redevient clair et reprend peu à peu ses qualités physiologiques. La sérosité est d'abord plus abondante, elle devient puriforme, trouble, purulente, floconneuse, etc. C'est ainsi que l'inflammation suspend et trouble l'action des organes qu'elle affecte.

Mais elle ne borne pas ses effets à l'altération immédiate de la fonction à laquelle préside l'organe malade : elle fait naître, suivant sa violence, son siége, sa période, etc., des phénomènes généraux, c'est-à-dire qu'elle trouble à divers degrés les actions des organes éloignés ; ces troubles sont

consécutifs, sympathiques, etc. Ils sont excités par le voisinage de l'organe, ou par une influence évidente exercée par lui sur un organe plus éloigné. Plus l'inflammation est vive, plus l'organe malade est important, plus il est sensible, et plus aussi sont intenses les phénomènes généraux.

La face est rouge et animée, les yeux brillants, les lèvres colorées et sèches; la peau est chaude, quelquefois brûlante; la langue aride, rouge, principalement sur ses bords; la soif vive, ardente, inextinguible; l'appétit est nul, les selles sont rares; les urines sont rouges, peu abondantes; le pouls est fort, dur, fréquent; les veines sont gonflées; la respiration est accélérée, gênée; il existe de la céphalalgie; l'insomnie, une agitation extrême tourmentent le malade. Tels sont les symptômes généraux qui accompagnent les phlegmasies; qui naissent, croissent et disparaissent avec elles; qui augmentent d'intensité, non seulement aux diverses périodes de la maladie, mais aussi à différentes heures de la journée, ce qui constitue l'accès, le paroxysme.

Le type des phlegmasies est continu dans la très grande majorité des cas; cependant il est impossible de ne pas admettre des phlegmasies entièrement intermittentes. Je ne vois pas pourquoi l'on refuserait d'admettre des inflammations présentant ce caractère, lorsque nous voyons des maladies organiques affectant la même marche.

L'inflammation, parvenue à son plus haut degré, ne peut rester à ce même degré ; elle tend à disparaître, ce qui s'opère de plusieurs manières. Pierre Franck reconnaît que l'inflammation peut se terminer par résolution, par suppuration, par induration, par gangrène, par épanchement, par desquamation ; on a ajouté à ces modes divers la délitescence, la métastase, l'ulcération. Je ne vois pas à quel mode de terminaison on doit rapporter la formation d'une fausse membrane, l'adhérence que certaines membranes contractent par leurs faces correspondantes, etc.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une inflammation est arrivée à son plus haut degré d'intensité, on la voit s'arrêter, diminuer graduellement et d'une manière insensible, disparaître ainsi complètement, de sorte qu'il n'en reste plus aucune trace. La douleur, la rougeur, la chaleur et la tuméfaction suivent une marche décroissante, perdent de jour en jour de leur intensité et finissent par se dissiper entièrement. En même temps les phénomènes fonctionnels locaux et généraux se rapprochent du type naturel, qu'ils reprennent au bout d'un temps indéterminé : telle est la résolution, sans contredit, la plus heureuse de toutes les terminaisons. On a remarqué qu'elle était souvent précédée, accompagnée ou suivie d'évacuations plus abondantes que dans l'état naturel, et même que dans le cours de la maladie ; que ces évacuations

avaient lieu par les urines, par les selles, par les sueurs, les crachats, etc.; que ces matières présentaient même souvent des caractères particuliers, ce qui les a fait considérer comme des phénomènes critiques. Nous aurons occasion de nous en occuper plus tard. Nous pouvons dire dès à présent que ces phénomènes sont loin d'être constants, et qu'on a beaucoup exagéré leur importance.

Lorsque la disparition de l'inflammation est brusque et rapide ; c'est la délitescence. Après un traitement très actif, dès le principe de la maladie, cette terminaison peut bien avoir lieu ; mais elle doit faire craindre, en général, qu'un organe plus éloigné n'ait été frappé d'irritation, et n'ait ainsi déplacé la première. On voit en effet des maladies graves succéder à cette disparition subite d'une inflammation.

Lorsque le déplacement est réellement opéré, c'est la métastase. Sous le règne de l'humorisme on a fait jouer un grand rôle aux métastases ; l'humeur morbifique se portait d'un organe à un autre, soit par la voie de la circulation, soit par tout autre moyen. Le sang, le lait, la bile, etc., etc., pouvaient ainsi voyager avec une extrême facilité, et produire dans les viscères et dans l'organisme entier les ravages les plus multipliés. Une observation plus saine, dirigée par une raison plus sévère, plus épurée, a fait justice de toutes ces rêveries.

Il est cependant des faits incontestables qui prouvent que les maladies peuvent en quelque sorte quitter un organe pour se porter sur un autre ; soit qu'une cause irritante ait agi préalablement sur l'organe offensé le dernier, soit qu'une action répercussive ait été exercée sur la partie affectée la première. Dans l'un et l'autre cas les phénomènes locaux primitifs disparaissent, et de nouveaux se manifestent dans une région éloignée, auparavant saine. J'ai vu dans ce genre des faits très remarquables. Ce n'est pas ici le lieu de discuter si les fluides se transportent d'un lieu dans un autre avec tous leurs caractères ; si le sang, la bile, le lait, le pus, peuvent cheminer dans l'économie et se porter sur quelque organe. Ce n'est pas non plus le moment de discuter si le déplacement de la goutte, du rhumatisme, d'une dartre, ou de toute autre maladie spéciale ou spécifique, s'opère par la rétrocession de la cause matérielle de ces affections ; nous reviendrons sans doute plus tard sur ces questions : ce qui est bien certain, c'est qu'on voit des phénomènes locaux inflammatoires disparaître subitement, et être immédiatement suivis d'accidents qui n'existaient pas avant cette disparition; c'est tout ce qu'il faut pour l'instant. Ce phénomène s'appelle métastase. Il est rare qu'elle soit avantageuse.

Une terminaison très fréquente de l'inflammation, c'est la suppuration. La manière dont elle a

lieu est loin d'être la même à la peau, sur les membranes muqueuses, séreuses, dans le tissu cellulaire, les organes parenchymateux, etc. Dans toutes ces parties elle s'effectue d'après un mode particulier. La plupart des organes sont susceptibles de suppuration; il en est pourtant chez lesquels cette terminaison de l'inflammation a plus facilement et plus souvent lieu que chez d'autres. Il est rare que le foie, la rate, les reins, les muscles, entrent en suppuration; l'épiderme et ses productions ne suppurent jamais; les tendons, les ligaments, etc., paraissent dans le même cas.

La suppuration ne présente pas constamment les mêmes phénomènes, et cela peut-il être autrement, puisque l'organisation des parties n'est pas la même? A la peau, l'épiderme se soulève, une sérosité limpide se laisse d'abord apercevoir à travers cette membrane; bientôt cette liqueur transparente se trouble, devient opaque, blanche, jaunâtre, brune, se dessèche et tombe. D'autres fois, lorsque le chorion est à nu, le pus se forme et s'exhale à la surface excoriée par un mécanisme inexplicable.

Il est probable qu'il se passe quelque chose d'analogue sur les surfaces muqueuses. La membrane d'abord sèche, laisse plus tard s'écouler une mucosité limpide, abondante, puis trouble, opaque blanche, jaune, verdâtre, épaisse, purulente, bientôt de nouveau transparente.

Les surfaces séreuses laissent exhaler aussi une espèce de pus, mais toujours mêlé avec une certaine quantité de sérosité : il n'a jamais l'apparence du pus véritable.

La suppuration du tissu cellulaire s'opère d'une autre manière. Le pus se rassemble en foyer plus ou moins considérable, suivant l'étendue et l'intensité de l'inflammation. Ce pus tend ordinairement à se faire jour au dehors; il parvient, de proche en proche, jusqu'à la peau, qui s'amincit, s'ouvre, et le laisse échapper à l'extérieur. D'autres fois ce liquide se fait un passage dans les intestins, dans les voies aériennes, ou dans les cavités séreuses, et cela après avoir cheminé plus ou moins long-temps dans le tissu cellulaire sain. Il vient aussi par cette voie apparaître dans certaines régions déclives du corps, bien loin de l'endroit où il s'est formé. Enfin il peut être résorbé dans le lieu où il est sécrété, après y avoir séjourné plus ou moins long-temps.

Les organes parenchymateux ont encore un autre mode de suppuration. Il est rare que le pus se rassemble en foyer : cela n'a guère lieu que lorsque la cause excitante de l'inflammation a directement agi sur l'organe malade; ou bien lorsque l'inflammation porte un caractère particulier tel que celui qui résulte de la fonte tuberculeuse. Dans les autres cas, le pus se trouve mêlé intimement avec le parenchyme propre de l'organe; il

est alors confondu avec la substance organique, qu'il pénètre dans une étendue plus ou moins considérable. Telle est au moins la manière dont le poumon suppure : c'est, comme nous le verrons, l'hépatisation grise de ce viscère.

Les signes qui précèdent et annoncent la suppuration sont assez équivoques. On juge qu'elle aura lieu lorsque l'inflammation est très intense, qu'elle paraît ne pas devoir se terminer par résolution, quelque moyen que l'on emploie ; lorsque la cause qui a déterminé l'inflammation a agi profondément, violemment ; et lorsque la constitution du malade le dispose à cette terminaison.

Lorsque le mouvement fébrile diminue, ainsi que la douleur ; lorsque celle-ci prend un caractère pulsatif ; lorsque la tumeur augmente et se ramollit ; lorsque la rougeur se circonscrit, etc., on juge que la suppuration commence. On juge que la suppuration est effectuée, si le malade éprouve des frissons irréguliers, entremêlés de bouffées de chaleur ; si ses joues sont colorées d'une rougeur circonscrite ; s'il ressent une chaleur sèche et brûlante, principalement dans la paume des mains ; une soif vive, du dévoiement, une sueur abondante dans certains moments, et surtout vers la région que la phlegmasie occupe ; si le pouls est petit et fréquent, enfin si l'infiltration se manifeste aux extrémités inférieures. En outre la fluctuation de-

vient plus évidente, la douleur locale est gravative, etc. Mais il faut avouer que ces signes ne sont que probables lorsque l'inflammation affecte un organe situé profondément; les signes locaux venant alors à manquer, le jugement que l'on porte perd beaucoup de sa certitude.

Des exemples nombreux et incontestables prouvent que les organes frappés d'inflammation peuvent passer à l'induration, c'est-à-dire devenir durs, consistants. La chaleur et la sensibilité s'éteignent dans l'organe endurci; la tuméfaction diminue ainsi que la rougeur, et parvenus à un certain degré ces phénomènes restent stationnaires. Il faut bien se garder de confondre la simple induration avec la dégénérescence squirrheuse : celle-ci n'a lieu que lorsque l'individu porte avec lui une disposition particulière; elle altère tellement le tissu des organes qu'il devient entièrement méconnaissable, tandis qu'on peut toujours le reconnaître dans la simple induration.

L'épanchement de sérosité est aussi une terminaison de l'inflammation des membranes séreuses, et quelquefois de celle des organes contigus ou plus ou moins éloignés. Nous croyons aussi que l'infiltration et l'épanchement de sérosité peut avoir lieu sans inflammation préalable; mais nous croyons que ce phénomène morbide est constamment consécutif à l'altération d'un organe.

L'exfoliation de l'épiderme, sa desquamation,

a été regardée comme un mode de terminaison des phlegmasies ; mais c'est ici un phénomène purement local, qui n'appartient qu'aux phlegmasies de la peau, de même que le précédent n'est guère propre qu'aux phlegmasies des membranes séreuses, ce qui fait sans doute qu'on les passe ordinairement sous silence dans l'histoire générale de l'inflammation.

La production d'une fausse membrane blanche, grise, plus ou moins consistante, plus ou moins adhérente à la surface libre des membranes séreuses et muqueuses, doit être aussi mentionnée dans les terminaisons des phlegmasies; et l'on ne doit pas omettre non plus les adhérences médiates au moyen de tissus ligamenteux accidentels plus ou moins denses, et les adhérences immédiates que des membranes contiguës contractent entre elles. Ce mode de terminaison de l'inflammation a souvent lieu pour les membranes séreuses et pour les organes où il s'est opéré quelque division.

La gangrène est une terminaison des plus graves, et qui par cela même a dû fixer l'attention des médecins ; mais il est indubitable que les anciens ont beaucoup exagéré le nombre des cas où ils prétendent avoir observé ce phénomène morbide.

Comme ceux de la suppuration, les phénomènes qui indiquent la terminaison par gangrène sont obscurs lorsque l'organe malade est profondé-

ment situé et dérobé à l'application des sens. Lorsque la partie malade est extérieure on observe que la couleur vermeille de la peau devient rouge foncée, livide et même noire; que des raies bleuâtres sillonnent la peau et suivent le trajet des vaisseaux; qu'il s'élève des vésicules brunes et remplies d'une sérosité noirâtre, sanguinolente; que l'épiderme se détache avec facilité et laisse apercevoir des plaques ardoisées ou d'un gris cendré; enfin que la partie se refroidit, qu'elle conserve l'impression du doigt qui la presse, qu'elle exhale une odeur fétide; de plus la douleur locale a cessé subitement ainsi que la chaleur brûlante, et souvent il se manifeste un emphysème spontané. La chaleur générale est tombée, le pouls est petit et misérable, l'haleine froide et souvent fétide; le malade éprouve de fréquentes syncopes, les traits de sa physionomie sont profondément altérés. Mais ces signes généraux, les seuls qui puissent faire soupçonner la gangrène intérieure, sont communs à la plupart des agonies, et sont par conséquent fort équivoques.

Quant aux ulcérations qu'on observe à la suite des inflammations, nous ne croyons pas qu'elles succèdent aux phlegmasies simples; elles sont presque toujours occasionées ou entretenues par une cause particulière.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent l'inflammation simple, considérée d'une manière

générale. Mais ce tableau serait incomplet si nous ne jetions un coup d'œil rapide sur les altérations organiques que cette maladie laisse après elle.

Ces altérations sont très nombreuses et très variées, à tel point qu'on leur a attribué toutes les dégénérescences organiques qu'on rencontre après la mort. Mais cette assertion est évidemment exagérée, et à supposer, ce qui est encore très douteux, que l'inflammation fût capable de produire toutes ces altérations, il ne s'ensuivrait pas qu'on pût retourner la proposition, et prétendre que ces altérations sont toujours le résultat de la phlegmasie. Ainsi que nous l'avons dit ailleurs, de ce qu'un phénomène est produit vingt, trente fois, cent fois par une certaine cause, il n'est pas philosophique d'admettre que ce même phénomène ne puisse pas être produit par une autre cause. Ainsi de ce que telle altération organique est souvent le résultat d'un travail inflammatoire, il n'est pas raisonnable d'admettre qu'il est toujours l'effet de ce travail, et qu'il ne saurait être produit par une autre action morbide. L'inflammation elle-même souvent produite par un agent physique peut être déterminée par un ou plusieurs autres. L'extrême froid, comme l'extrême chaud, lui donnent également naissance ; un sinapisme, un vésicant, une friction, une percussion, l'action violente d'un organe, etc., etc., peuvent également la détermi-

ner. Ainsi j'accorde pour un moment que la plupart des altérations pathologiques puissent être produites par l'inflammation ; gardez-vous de conclure que ces mêmes altérations soient toujours l'effet de l'inflammation.

Les traces les plus constantes de l'inflammation sont la rougeur et le gonflement, les seuls des quatre phénomènes locaux caractéristiques de l'inflammation qui persistent après la mort. On trouve d'ailleurs d'autres lésions de tissus moins fréquentes dont nous avons parlé dans ce tableau de l'inflammation.

Lorsqu'on rencontre dans un organe de la rougeur et du gonflement, il est difficile de ne pas admettre qu'il a été le siége d'une inflammation : nous croyons cependant qu'on peut les rencontrer sans qu'il ait existé d'inflammation préalable. Nous avons déjà parlé de la congestion local , qu'il ne fallait pas confondre avec la phlegmasie ; nous y ajouterons quelques hypertrophies, qui présentent l'augmentation de volume et la rougeur de l'organe, sans que pour cela on soit en droit de conclure qu'il a existé pendant la vie un travail inflammatoire.

Quoi qu'il en soit, on doit reconnaître en général qu'il a existé une phlegmasie là où ces vestiges se rencontrent. Il peut arriver même qu'ils aient presque complètement disparu, sans que pour cela on soit en droit de nier l'existence de l'inflammation.

Les personnes qui ne reconnaissent qu'une seule maladie, ont tiré le plus grand parti des faits précédents pour appuyer leur système. Ces faits leur sont effectivement très avantageux. Il est très facile à leur appui de prouver que toujours il y a eu une inflammation. Nous avons vu que ces phénomènes locaux pouvaient ne pas exister, qu'il y avait des phlegmasies latentes; nous avons vu que les traces de l'inflammation disparaissaient, ou du moins diminuaient beaucoup après la mort; nous avons vu qu'il pouvait y avoir des altérations organiques analogues à celles que produit l'inflammation, et qui n'étaient pas dues à cette maladie: toutes ces propositions sont exactes ; dès lors il a été facile de *démontrer* que tous les cas pathologiques étaient des phlegmasies. Et d'abord, il y a phlegmasie quoique vous n'observiez aucun phénomène morbide fonctionnel, puisque de votre propre aveu il existe des phlegmasies latentes : donc il n'est pas nécessaire qu'il existe des symptômes pour que l'inflammation existe. En second lieu, il n'est pas plus nécessaire qu'il existe des traces anatomiques de l'inflammation, puisqu'il est des cas où ces traces ne sont pas sensibles: donc il peut y avoir inflammation là où il n'en reste aucune trace. En troisième lieu, il peut y avoir inflammation sans phénomènes fonctionnels et locaux, puisque ni les uns ni les autres ne sont nécessaires à l'existence de la phlegmasie. Enfin, l'inflammation pouvant développer

toutes les altérations organiques, on doit admettre que toutes ces altérations sont le résultat de l'inflammation. Tels sont les raisonnements captieux à l'aide desquels on entraîne la croyance des jeunes élèves.

Nous ne chercherons pas à combattre ces raisonnements, le seul bon sens et la seule bonne foi suffisent pour les réduire à leur juste valeur. Voici ce que nous croyons être la vérité.

Lorsque pendant la vie on a observé des phénomènes fonctionnels évidemment inflammatoires, et qu'on n'en trouve aucune trace après la mort, on peut croire qu'il existait une inflammation dont les traces ont disparu; mais il est plus sage de douter.

Lorsque pendant la vie nul signe de phlegmasie ne s'est manifesté, et qu'après la mort on trouve des altérations organiques ordinairement produites par l'inflammation, on peut croire qu'il a existé une inflammation; mais il est plus sage de douter.

Lorsqu'on ne trouve ni traces après la mort, ni signes pendant la vie, on peut nier qu'il y ait eu inflammation, du moins rien ne le prouve.

Lorsqu'on a observé des signes d'inflammation pendant la vie, et qu'on trouve des traces évidentes après la mort, on doit avoir la certitude qu'il y avait inflammation.

Les traces que l'inflammation laisse après elle ne sont pas les mêmes dans tous les organes. Pour

bien les apprécier, il faut non seulement bien connaître l'état sain des organes selon les âges, les sexes, les constitutions, les habitudes, etc. ; mais connaître aussi les changements qu'ils éprouvent dans une multitude de circonstances physiologiques, et aussi par l'influence des maladies d'organes éloignés. M. Billard a résolu ce problème de la manière la plus satisfaisante pour les intestins, et nous recommandons la lecture de son livre. Il est fort à désirer pour la science que ce jeune médecin fasse un travail semblable pour tous les organes de l'économie animale.

L'aspect de la peau qui a été enflammée, lorsque l'inflammation ne s'est pas terminée par suppuration, est à peu près le même que dans l'état sain. Le gonflement et la rougeur sont tellement diminués, qu'il est presque impossible de distinguer le lieu qu'ils occupaient pendant la vie; il n'y a qu'une comparaison attentive avec une partie saine qui puisse faire reconnaître quelque différence. Alors on s'aperçoit que la peau est plus livide, plus épaisse, plus mollasse, qu'elle se déchire plus facilement que dans l'état sain ; elle paraît aussi pénétrée de petits vaisseaux injectés de sang noir. Lorsque l'érysipèle a occupé la face, il est souvent bien difficile de le reconnaître après la mort, parce qu'on manque de point de comparaison; et une personne qui n'aurait pas vu le malade ne s'apercevrait nullement de l'altération organique.

Lorsque l'inflammation s'est terminée par suppuration, lorsqu'elle a attaqué plus profondément le tissu de la peau, on remarque des excoriations, des phlyctènes; la peau est rouge, brune, irrégulière, inégale, couverte d'une couche albumineuse et fibrineuse. Lorsque l'inflammation s'est cicatrisée, on observe des rides, des plis, ou bien une surface plus lisse, plus blanche, plus polie que dans l'état naturel, elle est alors aussi beaucoup plus dense.

Des changements analogues s'observent sur les membranes muqueuses; elles perdent de leur rougeur et de leur gonflement bien moins que la peau. La rougeur est plus ou moins vive, plus ou moins étendue, diffuse, de formes très variables, et que des auteurs minutieux se sont complu à décrire. Ces détails surabondants ne font pas avancer la science.

La couleur rouge peut être le résultat d'une simple injection, alors on distingue ordinairement le trajet des petits vaisseaux. On produit aussi quelquefois artificiellement sur la membrane muqueuse de l'estomac une rougeur qui ressemble beaucoup à la rougeur inflammatoire; il suffit pour cela de frotter un peu fortement cette membrane avec le tranchant d'un scalpel. J'ai été plusieurs fois témoin d'une semblable manœuvre.

Les membranes muqueuses sont fréquemment épaissies, comme boursouflées; il est impossible

de méconnaître là l'effet d'un travail inflammatoire. La consistance de ces membranes est quelquefois diminuée, elles sont ramollies, ainsi que le docteur Louis l'a démontré dans son intéressant mémoire sur le ramollissement de la membrane muqueuse gastrique; elles se détachent avec la plus grande facilité des membranes sous-jacentes, elles se déchirent au moindre effort. Cette altération n'appartient pas d'une manière exclusive à la membrane gastrique ou intestinale, je l'ai observée sur les bronches. Dans quelques cas les membranes s'épaississent et augmentent de consistance, elles diminuent aussi d'épaisseur; elles s'amincissent, deviennent pellucides, transparentes, et disparaissent quelquefois complètement. Cette disparition des membranes muqueuses s'observe principalement dans le grand cul-de-sac de l'estomac.

Les membranes muqueuses sont encore le siége d'eschares blanches, grisâtres ardoisées, plus ou moins étendues, qui par leur chute donnent souvent lieu à des ulcérations de divers aspects. Les ulcérations qui ne succèdent pas à la chute d'une eschare n'appartiennent pas à l'inflammation simple.

Des fausses membranes couvrent souvent les membranes muqueuses, particulièrement dans les inflammations des voies aériennes, et chez les enfants. Ces concrétions membraniformes ont été observées dans le canal gastro-intestinal. Des

fluides variables par leur couleur, leur consistance, leur abondance, peuvent aussi être regardés comme une sécrétion de nature inflammatoire.

Enfin un phénomène bien remarquable et qui prouve que des altérations profondes, de véritables destructions des membranes muqueuses peuvent guérir, ce sont les cicatrices qu'elles offrent dans certains cas. Un tissu dense, rayonné, ridé, convergeant vers un centre commun, d'un rouge moins vif, plus brillant que le tissu ordinaire, indique suffisamment l'existence préalable d'une destruction organique.

Les membranes séreuses rougissent aussi par l'effet de l'inflammation, mais cette rougeur est bien moins sensible que sur les membranes précédentes ; elle est aussi moins diffuse et ressemble davantage à l'injection simple. Cette rougeur peut paraître communiquée par les organes sous-jacents. La transparence des membranes séreuses est véritablement diminuée, par l'effet même de l'injection. Cette transparence peut même se perdre complètement dans les phlegmasies chroniques ; la membrane est alors d'un blanc opalin. Nous savons bien qu'on a nié l'épaississement des membranes séreuses ; mais si dans beaucoup de cas l'augmentation d'épaisseur est due à la superposition de pseudo-membranes, dans d'autres elle est bien évidemment l'effet du travail inflammatoire sur le tissu séreux lui-même. C'est ce qu'on peut voir

sur le péricarde et sur l'arachnoïde. Cette dernière membrane acquiert parfois une consistance remarquable, au point qu'il est très difficile de la déchirer. Cela n'arrive que lorsque l'inflammation dure depuis long-temps.

Dans le commencement d'une inflammation, la surface séreuse est sèche, plus tard elle laisse suinter de la sérosité trouble, purulente, puis il se forme une pseudo-membrane, laquelle s'organise souvent et s'identifie avec la séreuse ; il peut s'en former plusieurs couches. Elles durcissent, deviennent cartilagineuses, s'ossifient. Le plus ordinairement la surface libre des membranes séreuses contracte des adhérences médiates ou immédiates avec la surface correspondante ; si ces adhérences ligamenteuses se rompent, on trouve des appendices séreux flottants dans la cavité qu'elles tapissent.

Je ne sache pas qu'on ait trouvé de véritable ulcération sur ces membranes, mais on y rencontre assez fréquemment des inégalités, des granulations transparentes, grises, noirâtres, etc. On a aussi observé la gangrène de ces membranes.

L'inflammation laisse des vestiges variés dans les organes parenchymateux, et tellement variés qu'il n'en est aucun qui se ressemble. Il est même plusieurs d'entre eux dont on ignore assez complètement les lésions organiques qu'y détermine l'inflammation : néanmoins lorsque pendant

la vie on a observé des phénomènes phlegmasiques locaux et généraux, et qu'après la mort on trouve de la rougeur, de la tuméfaction, une augmentation ou une diminution de consistance, on a d'assez fortes raisons de croire qu'il a existé une inflammation. La rougeur plus ou moins foncée d'un organe peut être regardée comme le caractère le plus constant d'une inflammation. Quant à son augmentation de volume, renfermés qu'ils sont pour la plupart dans des parois solides peu extensibles, elle est peu apparente, on ne la juge guère que d'après la déformation que la compression détermine sur leur surface ; mais cette augmentation de volume existe indubitablement. Le tissu des organes se ramollit souvent par le travail inflammatoire ; on a voulu expliquer ce phénomène par l'infiltration du pus dans la pulpe des organes, mais nous ne pensons pas que telle soit en effet la cause du ramollissement. Les organes enflammés perdent leur force de cohésion, et se déchirent avec la plus grande facilité. Mais un véritable pus peut être ou réuni en foyer ou disséminé dans le tissu même de l'organe.

La diminution de volume générale ou partielle, l'augmentation de densité, des cicatrices, sont souvent la suite de l'inflammation. Pour ce qui est d'une multitude de productions accidentelles, elles ne nous paraissent pas le résultat d'une phlegmasie simple, elles doivent tenir à une cause particulière.

L'inflammation peut concourir à les produire, mais seule elle ne suffit pas pour leur donner naissance. Nous reviendrons sur ce point important.

Des lésions organiques analogues à celles que nous venons de décrire se présentent aussi dans les membranes synoviales, dans celles des vaisseaux artériels et veineux, dans le tissu des nerfs, etc. ; enfin dans toutes les parties que l'inflammation peut atteindre, et il en est peu qui puissent s'y soustraire.

Tels sont les principaux phénomènes fonctionnels locaux et généraux, et les caractères organiques les plus remarquables que fournissent les inflammations simples. Ce vaste sujet, dont nous ne présentons ici que les sommités, recevra des développements ultérieurs dans le tableau que nous ferons des maladies en particulier ; mais nous ne pouvions nous étendre davantage sans dépasser les limites d'un ouvrage de la nature de celui-ci. Ce que nous avons dit doit être suffisant pour faire reconnaître l'inflammation partout où elle se trouve, partout où elle a existé, pour faire reconnaître qu'elle n'a point existé, enfin pour la faire distinguer de tout ce qui n'est pas elle.

Mais l'inflammation ne se présente pas toujours avec ce caractère de simplicité, elle est souvent entourée de circonstances bien tranchées qui indiquent chez elle une nature spéciale, particulière et même spécifique.

Nous appelons *phlegmasie spéciale* celle qui se montrant constamment avec des caractères propres autres que ceux de l'inflammation simple, n'est cependant pas susceptible de se transmettre par l'insertion d'un virus : le zona et beaucoup de phlegmasies cutanées sont dans ce cas. Nous réservons plus particulièrement l'épithète de *spécifiques* pour les inflammations susceptibles de se transmettre par contagion. Ce que nous disons en ce moment n'est que pour justifier les deux expressions dont nous venons de nous servir. Nous ajoutons d'ailleurs peu d'importance à ces distinctions, parcequ'il est des maladies qu'on pourrait appeler spécifiques, telles que le cancer, et qui ne se transmettent pas par contagion ; et d'autres dont le caractère contagieux est révoqué en doute. Toutefois le caractère spécifique est surtout manifeste lorsque la maladie peut se transmettre par communication d'un individu à un autre.

Quelques auteurs, des plus recommandables d'ailleurs, ont rejeté le mot de spécifique pour adopter celui de symptomatique. Nous pensons que ces deux expressions ne peuvent se remplacer mutuellement, et jamais le mot de symptomatique n'aura la même signification que celui de spécifique. Que dans la peste ou le typhus il survienne des bubons ou des pétéchies, sans doute ce seront là des inflammations symptomatiques, parceque ces accidents ne constituent pas le phéno-

mène principal de la maladie ; mais l'éruption variolique ne sera jamais considérée comme un simple symptôme, parceque cette éruption est le principal phénomène de la maladie; et les *variolæ sine variolis* des auteurs scolastiques me paraissent une contradiction puérile.

Nous avons déjà parlé des maladies spécifiques, et nous sommes obligés d'y revenir encore. Les jeunes médecins, qui avaient été séduits par l'entraînante simplicité de la doctrine dite physiologique, se sont la plupart rangés du côté de l'évidence. Cependant ils ne cèdent le terrain qu'avec peine et en combattant toujours. Le plus grand argument dont ils se servent aujourd'hui, c'est qu'on ne voit pas la spécificité d'une maladie, qu'on ignore sa nature, qu'on ne peut pas s'en rendre compte, et que dans la plupart des cas ces maladies guérissent par le traitement antiphlogistique simple.

Il est fort aisé de répondre à ces arguments. Et d'abord, depuis quand exige-t-on, pour admettre l'existence d'une chose, d'en connaître la nature intime ? Prenons tous les agents physiques dont l'existence est le moins contestée, et voyons si on la connaît autrement que par ses effets. Qu'est-ce que la lumière ? est-ce un corps, est-ce une émanation ? Qu'est-ce que l'électricité ? La connaît-on autrement que par les attractions, les répulsions, les étincelles, etc., c'est-à-dire que par les effets

qui tombent sous les sens? Mais quelle est sa nature? Qu'est-ce que l'attraction qui agit en raison directe des masses, inverse du carré des distances? quelle est la nature de cet agent? on l'ignore, et pourtant on en calcule les effets avec une merveilleuse précision. Eh bien! les effets du *vice variolique*, *vaccin* et autres, tombent-ils moins sous les sens que ceux de la lumière, de l'électricité, du calorique, de l'attraction? non sans doute. Vous prenez au bout d'une lancette une certaine quantité de fluide vaccin; vous développez, en l'insérant sous l'épiderme d'un individu convenablement disposé, c'est-à-dire qui n'a pas été vacciné, et qui n'a pas eu la variole; vous développez, dis-je, une maladie identique, susceptible de se transmettre de la même manière, et vous exigez de plus qu'on vous fasse voir la spécificité! Et quels témoignages vous faut-il donc de plus pour vous convaincre de son existence? N'est-ce pas assez des signes positifs qui accablent vos sens?

Mais, dites-vous, à quoi sert d'admettre des maladies spécifiques, puisqu'elles guérissent toutes par le traitement antiphlogistique? N'est-ce pas là la plus forte preuve qu'il n'y a rien de spécifique?

Il est bien vrai que la guérison des maladies spécifiques arrive dans la plupart des cas par les seuls efforts de la nature ou par un traitement simple; mais cela ne prouve nullement que ces maladies ne soient pas spécifiques. C'est un très mau-

vais moyen de juger la nature d'une maladie que de la juger par les effets des médicaments. Que dirait-on d'un médecin qui conclurait qu'une maladie est nerveuse, parceque les *antispasmodiques* ont réussi. Savons-nous ce que c'est que des *antispasmodiques?* Savons-nous comment ils agissent? s'ils agissent sur, pour ou contre les nerfs, et comment? Il en est de même des *antiphlogistiques :* le quinquina, les vésicatoires sont souvent des *antiphlogistiques.* C'est donc une manière vicieuse de raisonner, que de conclure à la nature d'une maladie *à juvantibus et lædentibus.* En second lieu, il est des maladies spécifiques, telles que la rage, qui ne guérissent nullement par les antiphlogistiques; dire qu'il n'y a pas de spécificité ne fera pas qu'on cherchera le véritable, le seul remède convenable dans cette horrible maladie. Il ne faut donc pas exiger de *voir* la spécificité, il suffit que ses effets soient sensibles, indubitables : c'est ce qu'il est impossible de nier.

Il est très vraisemblable que l'agent spécifique a son siége dans les fluides. La facilité avec laquelle il se répand dans tout l'organisme et le modifie, comme dans la variole et la vaccine; sa transmission au moyen d'un fluide, etc., tout porte à croire que tel est son siége primitif. Quoi qu'il en soit, cet agent une fois appliqué manifeste sa présence par des phénomènes particuliers, bien caractérisés pour chaque espèce. C'est principalement à la

peau que ces caractères sont le plus tranchés. La variole, la vaccine, la varicelle, la rougeole, la scarlatine, etc., ont une physionomie propre qu'il est impossible de confondre. L'analogie, et les faits présentés récemment avec beaucoup de talent par M. le docteur Bretonneau, ne permettent pas de douter que les membranes muqueuses ne soient aussi le siége de phlegmasies spécifiques. Les membranes synoviales, les muscles et les parenchymes ne m'en paraissent pas exempts. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet en traitant des maladies en particulier, où nous exposerons les caractères fonctionnels et organiques de chacune de ces maladies.

Il est encore quelques différences générales dans les inflammations qu'il nous semble important de signaler. Elles peuvent être hypersthéniques ou hyposthéniques ; elles peuvent être aiguës ou chroniques.

Il est des phlegmasies qui se présentent avec un cortége de symptômes d'une extrême violence ; c'est ce que les anciens et ce que quelques modernes désignent encore sous la rédondante épithète d'*inflammatoire ;* ils disent une pneumonie, une pleurésie *inflammatoires*, comme si ces maladies pouvaient être autre chose. A la vérité, c'est encore pour les distinguer de prétendues pneumonies ou pleurésies bilieuses, catarrhales, rhumatismales, etc. Dans l'une comme dans l'au-

tre signification, cette épithète est également défectueuse.

Mais une inflammation peut, chez un sujet jeune et doué d'une grande force de réaction, offrir des phénomènes locaux et généraux d'une grande intensité : c'est alors une surinflammation, une inflammation avec hypersthénie. Il peut arriver que les phénomènes locaux fonctionnels et organiques soient très prononcés, et que les phénomènes généraux ne soient pas en rapport : ce cas est embarrassant; il doit faire craindre la concentration des forces.

Lorsqu'un sujet faible, débile, avancé en âge, est frappé d'inflammation, ou lorsqu'un individu fort a été soumis à un régime débilitant excessif, il survient alors une véritable faiblesse ; l'engorgement inflammatoire persiste, parceque l'absorption ayant perdu, comme les autres fonctions, la faculté de s'effectuer, les matériaux de congestion ne peuvent plus être enlevés, et cette congestion peut augmenter encore par une espèce d'épanchement mécanique. Alors la fonction de l'organe malade languit, la douleur a diminué, mais l'étendue de l'altération reste la même ou augmente ; la face pâlit et s'altère, la peau devient froide, le pouls faible et misérable, etc. ; la soif est moindre, la langue sale, brune et noire ; le ventre se météorise, etc. : c'est une inflammation hyposthénique, avec faiblesse, avec adynamie, qu'il faut bien se

garder de confondre avec les autres inflammations, et surtout avec celle accompagnée de concentration des forces. La mort du malade en serait le résultat inévitable.

L'inflammation peut avoir une marche lente et chronique, et présenter des symptômes bien différents de ceux que nous avons décrits jusqu'ici. Ils sont quelquefois si obscurs, si peu prononcés, qu'on a beaucoup de peine à reconnaître la maladie. Un état de langueur générale, de la pâleur, de l'inertie dans la plupart des fonctions; quelques douleurs sourdes, profondes, peu vives, dans l'organe affecté, tel est l'aspect que présentent les phlegmasies chroniques; leurs progrès sont insensibles; il faut un œil très exercé pour les reconnaître. Cependant la maladie mine insensiblement l'organisme, et l'individu finit par tomber dans une maigreur extrême, dans un véritable marasme, et meurt. D'autres fois il se rétablit graduellement ou même avec assez de rapidité, lorsque la cause qui entretient la maladie a disparu accidentellement ou par le secours de l'art.

On trouve souvent des désordres organiques très étendus, et peu en rapport avec les symptômes légers observés pendant la vie; ce qu'on attribue à la lenteur de la destruction de l'organe, qui a permis à celui-ci de s'habituer, pour ainsi dire, à sa décomposition partielle.

Les altérations organiques consistent principale-

ment dans l'épaississement et l'induration des organes, dans des épanchements séreux, l'engorgement des glandes voisines, une rougeur pâle et grisâtre, etc.; mais nous sommes loin de penser, ainsi que nous l'avons dit déjà, et comme nous le redirons encore, que ce mode d'inflammation soit la cause unique de toutes les lésions organiques connues.

Des hémorrhagies en général.

Doit-on ranger les hémorrhagies parmi les effets de l'inflammation? Nul doute, si l'on s'en rapporte aux jeunes médecins, qui ne reconnaissent qu'une maladie; mais si l'on en croit ceux qui pensent que des caractères fonctionnels et organiques, essentiellement différents, décèlent, apportent quelque différence dans les maladies, il n'en sera pas ainsi. Nous n'ignorons pas qu'on peut trouver de nombreux points de ressemblance entre ces deux classes d'affections. Les inflammations, les hémorrhagies reconnaissent des causes occasionelles et prédisposantes de la même nature: les unes comme les autres peuvent être idiopathiques, primitives, ou symptomatiques et consécutives; les unes comme les autres peuvent offrir des caractères hypersthéniques et hyposthéniques; elles peuvent être aiguës ou chroniques; elles ont des phénomènes généraux et locaux; elles affectent les mêmes organes, enfin réclament le même traitement. Malgré ces points de contact, parfaite-

ment développés dès 1812 dans la *Dissertation inaugurale* de notre ami le docteur Lefebvre, nous pensons que les hémorrhagies sont loin d'être la même maladie que l'inflammation ; un grand nombre de différences les distinguent. Les considérations suivantes les feront connaître suffisamment.

Toutes les fois que la partie colorante du sang s'échappe des conduits qui le renferment naturellement, on dit qu'il y a hémorrhagie. A la vérité la quantité de sang répandue peut être si peu considérable qu'elle ne mérite pas ce nom ; mais on n'a pas encore déterminé quelle était la quantité de sang nécessaire pour constituer une hémorrhagie, où commençait et où finissait une hémorrhagie. Ce sont de ces choses vagues qu'on a de tout temps abandonnées au jugement des médecins. Nous en dirons autant des hydropisies. Quelle est la quantité de sérosité qui constitue l'hydropisie? Nous l'ignorons.

Quoi qu'il en soit, le sang s'échappe au dehors, il s'épanche dans les cavités naturelles, ou se rassemble en foyer dans le tissu même des organes. Toutes les parties du corps, excepté les tissus très denses, tels que les os, les cartilages, les ligaments, les tendons, les aponévroses et les nerfs, sont susceptibles d'hémorrhagie. Ainsi on a observé des hémorrhagies à la peau, sur les membranes muqueuses, séreuses, synoviales, dans le

tissu lamineux, dans le parenchyme de la plupart des viscères, des muscles, etc. L'hémorrhagie présente suivant ces siéges divers des phénomènes différents.

Dans un très grand nombre de cas l'hémorrhagie n'est qu'un symptôme. Elle survient dans beaucoup d'affections, ainsi que nous avons eu occasion de le dire souvent dans le premier volume de cet ouvrage. Alors elle ne constitue qu'un phénomène secondaire; l'étude de la maladie principale importe seulement au médecin, à moins qu'il ne préfère l'ombre au corps lui-même. On sent bien que nous ne voulons point en ce moment parler de ces sortes d'hémorrhagies; celles qui ne dépendent que de l'exhalation du sang, et qui ne sont liées à aucune autre affection, doivent seules nous occuper ici.

Ceci nous conduit naturellement à parler d'une espèce d'hémorrhagie difficile à classer; elle a lieu par exhalation, et cependant ne peut être regardée comme idiopathique, puisqu'elle est l'effet de la maladie d'un organe éloigné du lieu où elle se manifeste. Je veux parler des hémorrhagies qui surviennent dans les maladies organiques du cœur. Rien n'est plus fréquent que ces sortes d'hémorrhagies; elles se montrent dans tous les organes comme les hémorrhagies idiopathiques. Elles sont le résultat de la gêne que le sang éprouve dans son cours, de la stase de ce fluide dans les tissus per-

méables. Elles ressemblent parfaitement aux phlegmasies que nous avons nommées consécutives; elles arrivent dans les mêmes circonstances. On voit bien la différence qui existe entre cette hémorrhagie et celles qui accompagnent les altérations variées des tissus qui naissent dans l'endroit même du mal, et qu'on a nommées symptomatiques; nous croyons important de les distinguer. On peut la considérer comme un phénomène des maladies du cœur, et n'en faire mention qu'à ce sujet.

Les hémorrhagies *primitives*, *idiopathiques*, *spontanées*, par simple exhalation, offrent plusieurs points importants à considérer dans leur étude. On distingue des hémorrhagies actives et passives; des hémorrhagies accidentelles, constitutionnelles supplémentaires, critiques et symptomatiques. Avant de passer outre nous ferons remarquer que cette dernière dénomination a été donnée aux hémorrhagies qui, survenant dans le cours d'une autre maladie, ne la jugent pas, par opposition à l'expression d'hémorrhagies critiques, c'est-à-dire qui jugent la maladie; nous croyons que cette dénomination est vicieuse, en ce qu'elle tend à faire confondre sous un même nom deux choses fort différentes, c'est-à-dire les hémorrhagies qui sont la suite de différentes altérations sensibles de tissus, et celles qui, pouvant être idiopathiques, ne sont cependant pas critiques. Il faut donc donner

à ces dernières l'épithète plus simple et plus claire d'hémorrhagies *acritiques*.

L'écoulement du sang hors des conduits qui le renferment constitue donc le phénomène caractéristique des hémorrhagies. Les symptômes des hémorrhagies sont tellement différents suivant le siége qu'elle occupent, qu'il est bien difficile de s'élever à une description générale et qui n'offre réellement que des signes communs. Ainsi l'épistaxis, l'hémoptysie, et surtout l'hémorrhagie intestinale et l'hémorrhagie cérébrale, etc., n'ont peut-être de commun que l'issue d'une certaine quantité de sang hors des vaisseaux qui le contiennent naturellement. Les phénomènes fonctionnels locaux occasionés par les hémorrhagies diffèrent donc essentiellement.

Comment s'effectue cet écoulement du sang hors dès conduits qui le renferment? Il n'y a pas de doute que ce ne soit par l'agrandissement des pores perspiratoires, agrandissement qui permet aux globules colorés du sang de s'échapper, tandis que dans l'état naturel, ces globules, plus volumineux, comme on sait, que les globules non colorés, doivent rester renfermés dans l'aire des vaisseaux, et ne peuvent sortir par leurs pores latéraux. Nous ne parlons pas ici des hémorrhagies qui arrivent par solution de continuité, par rupture, déchirure, ulcération, etc. Les anciens pensaient que c'était toujours par cette cause que le sang s'écoulait; ainsi

que nous le verrons plus bas, cette opinion n'est pas fondée. Mais si la portion colorante du sang s'échappe parceque les pores perspiratoires sont dilatés, quelle est la cause de cette dilatation? On a pensé qu'il existait dans ce cas un défaut d'équilibre entre la force de résistance des parois des vaisseaux et la force d'impulsion; que dans un cas cette dernière était supérieure à la résistance naturelle des vaisseaux; que dans l'autre cette même résistance était inférieure à l'impulsion naturelle du sang. Enfin on a pensé que le sang lui-même, diminué de consistance, d'épaisseur, trouvait plus de facilité à s'échapper par les bouches exhalantes. Toutes ces opinions ne sont que des hypothèses; car il est impossible, avec nos moyens d'investigation, de *voir* le sang s'échapper des parois des vaisseaux capillaires; mais toutes ces conjectures sont probables, et je suis porté à croire que les hémorrhagies peuvent s'effectuer par ces diverses causes.

Dans les cas les plus ordinaires l'hémorrhagie survient sans phénomènes précurseurs; l'invasion en est brusque, ou du moins les signes avant-coureurs sont inaperçus. Dans quelques circonstances, il survient un trouble local ou général, différent suivant que l'hémorrhagie est hypersthénique, hyposthénique ou intermédiaire. Comme il est rare que la partie qui est le siége de l'hémorrhagie soit accessible à la vue, il est difficile de

reconnaître l'état dans lequel elle se trouve. Les auteurs ont pensé qu'il existait une véritable congestion locale caractérisée par le gonflement des vaisseaux, une légère tuméfaction, la rougeur des parties voisines, phénomènes accompagnés d'un sentiment de plénitude, d'embarras, de tension, de titillation, de prurit, de chaleur. Lorsqu'il existe des phénomènes généraux, ce sont ceux de la pléthore. A la suite d'un frisson qui signale la concentration du sang vers l'organe malade, il survient de la chaleur, le pouls devient fréquent, plein, quelquefois dur.

A peine le sang s'est-il fait jour au dehors qu'une pâleur profonde couvre le visage, une sueur abondante inonde le front, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, faible et concentré. Avant que la perte de sang ait été assez abondante pour affaiblir le malade, les membres sont tremblants, et quelquefois agités de mouvements convulsifs; une anxiété précordiale insupportable se fait sentir : ces phénomènes peuvent en imposer pour une faiblesse réelle, et empêcher le médecin d'employer les moyens convenables. Pour éviter l'erreur, il devra remonter avec soin aux circonstances commémoratives. Les effets dont nous venons de parler ont été attribués, par quelques médecins, à la terreur que l'hémorrhagie inspire à celui qui l'éprouve. Cependant si l'écoulement de sang a été considérable, il peut avoir produit une

faiblesse réelle, caractérisée par les signes que nous venons d'exposer, et par des vertiges, des tintements d'oreilles, des défaillances, des syncopes, etc. Lorsque l'hémorrhagie est peu abondante, elle produit souvent un allégement marqué.

Le sang perdu par le malade réclame d'autant plus l'attention du médecin qu'il peut fournir par ses qualités des indications thérapeutiques importantes. Relativement à sa quantité, il est plus ou moins abondant, et l'on sent bien que de cette abondance il peut naître des indications diverses; par rapport à la manière dont il s'est échappé, il peut avoir coulé en petite quantité, goutte à goutte, sans impétuosité, c'est le *stillicidium sanguinis;* il peut avoir fait irruption en abondance, avec force et rapidité; il peut être consistant, compacte, homogène ou séreux, pâle, séparé en caillot et en sérum; la proportion de celui-ci peut être considérable; le sang peut être rouge, vermeil ou noir; recouvert ou non d'une croûte inflammatoire comme dans les saignées, ce qui est assez rare dans les hémorrhagies spontanées.

La plupart des maladies ont une durée déterminée, l'hémorrhagie peut durer depuis quelques moments jusqu'à un temps indéfini. On a remarqué avec raison que cette maladie avait une singulière tendance à se reproduire, et quelquefois même d'une manière périodique. L'hémorrhagie qui s'est ainsi fréquemment répétée modifie puis-

samment l'organisme. Le système locomoteur a perdu toute son énergie, l'individu a de la peine à se mouvoir, et le moindre exercice est suivi d'une lassitude profonde; la peau est pâle, et même jaunâtre, les lèvres sont déeolorées; le visage présente l'aspeet de la cire; la peau est froide, le pouls petit, misérable; la respiration gênée, la digestion languissante, l'appétit nul, la soif peu prononcée, la mémoire infidèle, l'attention faible, toutes les faeultés intellectuelles dans une profonde inertie; le sang que le malade continue à perdre est pâle, séreux, ténu, sans consistance, les vaisseaux sont affaissés sur eux-mêmes, etc.

On a rejeté dans ces derniers temps la distinetion des hémorrhagies en aetives et passives, mais ces médecins ayant admis depuis des maladies par faiblesse, ayant d'ailleurs reconnu depuis longtemps le seorbut comme une maladie asthénique avec altération du sang, il y aurait de leur part aujourd'hui une eontradiction manifeste à soutenir cette assertion : aussi y ont-ils complètement renoncé. En effet, dès le moment où l'on admet que le scorbut est dans le plus grand nombre des cas une affection hyposthénique, on doit admettre que les hémorrhagies qui surviennent dans cette maladie doivent avoir le même caractère. De plus l'analogie eonduit à admettre des hémorrhagies non scorbutiques, mais survenant dans des circonstances telles qu'on ne peut méconnaître, ehez l'indi-

vidu qui en est affecté, une faiblesse manifeste.

L'hémorrhagie hypersthénique se distingue par des caractères bien tranchés; elle survient ordinairement chez des sujets jeunes, robustes, bien constitués, chez lesquels dominent les appareils circulatoires et respiratoires; à la suite de causes excitantes, évidemment actives, telles que les excès, soit habituels, soit passagers, dans les boissons spiritueuses et aromatiques; l'usage d'une alimentation fortement réparatrice, etc. L'individu éprouve un malaise général, de la pesanteur de tête, de la somnolence; les extrémités se refroidissent, en même temps qu'une chaleur incommode se manifeste vers l'organe menacé; un chatouillement, une titillation insupportables se font ressentir vers le même organe, en même temps que des pulsations, des battements incommodes s'y manifestent; la face est rouge et colorée; les yeux brillants; les carotides et les temporales battent avec force; le pouls est fort, plein, fréquent; les veines sont gonflées, saillantes; la respiration est accélérée, etc. Bientôt le sang, rouge, vermeil, écumeux, s'échappe avec violence en quantité plus ou moins grande; il se prend en caillot; il est riche, compacte, exempt de sérosité. Après cette évacuation les phénomènes d'hypersthénie que nous venons d'exposer disparaissent graduellement, et l'organisme rentre dans l'ordre accoutumé, à moins cependant que l'hémorrhagie ne soit

excessive : alors une faiblesse plus ou moins grande s'empare du malade, ainsi qu'on vient de le voir.

L'hémorrhagie avec hypersthénie peut affecter aussi des personnes faibles en apparence, habituellement pâles et décolorées, mais chez lesquelles il existe néanmoins des signes évidents de surexcitation : chez elles la face est légèrement rosée, les yeux sont animés, le pouls est élevé au-dessus du type ordinaire, etc. ; enfin leur état paraît être un diminutif du précédent. J'ai eu souvent occasion de l'observer chez des hystériques, entre autres chez la fille l'Hermina, cette boulimique dont j'ai déjà cité l'exemple.

Des caractères opposés sont le partage de l'hémorrhagie hyposthénique. Elle se montre après une série de causes essentiellement débilitantes, pertes abondantes dans tous les genres, réparation insuffisante, fatigues de corps et d'esprit, veilles, chagrins prolongés, etc. ; mais surtout une alimentation peu riche, l'usage habituel d'aliments de mauvaise nature, de boissons insalubres, enfin une constitution faible et détériorée. Le sang s'échappe sans phénomènes précurseurs bien marqués ; il est noir, fluide, et contient une grande abondance de sérosité. Les signes d'une faiblesse profonde ne tardent pas à se manifester.

S'il n'existait que ces deux espèces d'hémorrhagies, on pourrait croire que dans la première la violence de l'impulsion du sang imprimé par le

cœur est supérieure à la force naturelle de résistance des parois des vaisseaux ; qu'elle surmonte activement cette résistance, et produit ainsi l'effusion du fluide sanguin. On pourrait croire que dans la seconde les parois des vaisseaux affaiblies ne sont plus capables de retenir le sang renfermé dans leur intérieur, ou que ce liquide, trop ténu, trop peu dense, filtre au travers de ces parois ; mais avec ces hypothèses, spécieuses à la vérité, comment expliquer ces cas nombreux, et même bien plus nombreux que les précédents, où l'hémorrhagie n'est ni hypersthénique ni hyposthénique, où elle arrive sans phénomènes précurseurs et chez des sujets qui ne présentent aucune prédisposition? Il faut bien admettre qu'il existe une disposition organique qui n'est ni hypersthénique ni hyposthénique, et qui donne lieu à l'issue du sang. Quelle est cette disposition ? Ainsi qu'une multitude de phénomènes naturels, la connaissance nous en a été dérobée.

Lorsque vers le déclin d'une maladie aiguë il survient une hémorrhagie qui produit une diminution sensible ou même la cessation complète des accidents, cette hémorrhagie porte le nom de critique. On sent bien qu'il faut se garder de combattre et d'arrêter une semblable hémorrhagie.

On a donné le nom de symptomatiques à celles qui se montrent dans les premiers jours d'une maladie qui n'apportent aucun amendement, et même

qui aggravent ordinairement l'état du malade, *sine decremento morbi, vel potiùs istius cum damno.* Mais nous avons dit que cette dénomination était vicieuse, et qu'il fallait leur donner l'épithète d'*acritiques*, pour ne pas les confondre avec les hémorrhagies qui sont l'effet d'une altération sensible d'organe.

Les hémorrhagies peuvent être habituelles, constitutionnelles pour ainsi dire; on voit des individus avoir à des époques à peu près fixes des épistaxis, des hémorrhoïdes, des hématémèses, etc. Ces espèces d'hémorrhagies deviennent en quelque sorte nécessaires à la santé des personnes qui y sont exposées, et leur suppression produit des accidents analogues à ceux de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée.

Les menstrues et les autres évacuations sanguines habituelles cessent, et dans le même moment on voit paraître sur un point quelconque du corps une hémorrhagie insolite qui remplace la première: c'est l'hémorrhagie supplémentaire. Les exemples n'en sont pas rares; mais le plus frappant que j'aie eu occasion d'observer et de faire voir à mes élèves, c'est celui de la femme Martin. Cette femme avait eu ses règles par tous les points par lesquels le sang peut faire irruption au dehors; hémoptysie supplémentaire, épistaxis, hématémèse, mélæna, hémorrhagie intestinale, hémorrhagie par le grand angle de l'œil, par le conduit auditif externe, par le

point d'union des ongles avec la pulpe des doigts, enfin par la cicatrice d'un bras amputé. C'est bien certainement dans ce genre un des faits les plus extraordinaires. Les hémorrhagies constitutionnelles sont souvent héréditaires.

On a multiplié à l'infini les distinctions des hémorrhagies. Notre intention n'est pas de les exposer toutes. On a admis des hémorrhagies vagues, par opposition aux hémorrhagies périodiques; des hémorrhagies accidentelles, par opposition aux hémorrhagies habituelles. M. Chomel pense que cette dernière espèce est très rare; mais il nous semble, au contraire, que la plupart des hémorrhagies idiopathiques spontanées sont accidentelles; car qu'elles soient acritiques, critiques, actives, passives, etc., elles sont bien plutôt le résultat d'un accident que l'effet d'une habitude. Cet estimable médecin voudrait qu'on réservât l'épithète d'accidentelles seulement pour les hémorrhagies qui ne se montrent qu'une fois dans la vie, qui sont produites par une cause physique ou morale énergique, et qui ne tiennent à aucune disposition organique préexistante.

On a admis des hémorrhagies traumatiques, ce sont celles qui reconnaissent pour cause une solution de continuité des vaisseaux; solution de continuité produite par un corps vulnérant et non par une altération locale organique des parois de ces vaisseaux, ce qui rentre dans les hémorrhagies

symptomatiques. Enfin les hémorrhagies ont été distinguées en artérielles et veineuses; mais cette distinction ne peut appartenir qu'aux hémorrhagies traumatiques ou produites par la solution de continuité d'un vaisseau; car dans les cas de pure exhalation il est impossible de savoir si le sang s'échappe des artères ou des veines, etc.

Maintenant jetons un coup d'œil sur les altérations organiques que l'on trouve après la mort chez les individus qui ont succombé par ce genre d'affection.

Il est indubitable que l'hémorrhagie a souvent lieu par la rupture d'un vaisseau. J'ai eu occasion de voir l'aire béante d'une artériole ossifiée dans un foyer sanguin cérébral; j'ai vu à la surface d'un cancer ulcéré de l'estomac chez un individu qui avait éprouvé plusieurs vomissements de sang, une artère d'un assez gros calibre ouverte et béante: et dans l'un comme dans l'autre cas ce n'était pas l'effet de la dissection, mais bien celui de la maladie. Je crois cependant que cette espèce d'hémorrhagie est rare, et que dans beaucoup de cas où elle a lieu il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de trouver le vaisseau ouvert. Dans le plus grand nombre de ces hémorrhagies idiopathiques les choses ne se passent point ainsi: on n'observe aucune altération sur la membrane qui a été le siége de l'exhalation sanglante, on n'y trouve ni solution de continuité ni cicatrice; seu-

lement cette membrane est rouge, injectée, violette ou très pâle et très décolorée. En la comprimant on en voit sourdre souvent une multitude de petits points comme de très petits grains de sable.

Maintenant si l'on compare entre eux les phénomènes fonctionnels et organiques des inflammations et des hémorrhagies, on aura facilement la conviction que ces affections doivent former deux classes différentes, puisque si elles ont des points de contact multipliés, elles en ont un plus grand nombre d'éloignement.

Il est bien vrai que l'exhalation sanglante est fréquemment l'effet de l'inflammation. Ainsi dans la bronchite intense, dans la pneumonie, dans la gastrite, dans l'entérite, etc., il y a souvent du sang dans les matières excrétées. Mais qui ne sent la différence immense qui sépare une bronchite d'avec une hémoptysie? qui ne connaît la différence qui existe entre l'exhalation sanglante consécutive à la pneumonie et celle qui peut être le résultat d'une simple exhalation pulmonaire? Dans le premier cas, les phénomènes inflammatoires locaux et généraux sont intenses et le sang se trouve en très petite quantité dans les matières muqueuses; il y est intimement mêlé, ou y forme de simples stries : dans l'autre cas, il n'existe aucun signe d'inflammation, souvent même aucun phénomène précurseur, et le malade vomit une quantité con-

sidérable de sang. De même pour l'entérite et l'hémorrhagie intestinale : dans la première quelques stries sanguinolentes serpentent sur les mucosités, dans l'autre il s'écoule des flots de sang; dans le premier cas avec tous les phénomènes d'une violente inflammation, et dans l'autre avec absence de tous ces phénomènes. Un individu est pris trois, quatre fois, dix fois par jour d'une épistaxis : a-t-il un coryza? Je ne le pense pas. Les menstrues sont-elles une phlegmasie? De plus les altérations organiques ne ressemblent en rien à celles que produit l'inflammation. Concluons que l'altération d'organe qui occasione l'effusion du sang n'est pas la même que celle que détermine l'inflammation, et qu'on a eu raison de séparer ces deux classes d'affections.

Avant de terminer cet article, nous devons cependant déclarer que les hémorrhagies sont bien plus souvent symptomatiques que de toute autre nature; qu'il est de la plus haute importance pour le malade et pour le médecin de distinguer ces cas. Une hémoptysie n'est point une maladie, ce n'est qu'un symptôme; il s'agit de déterminer à quel genre d'affection elle appartient. Nous verrons plus tard que c'est sur ces distinctions que toute médecine rationnelle est fondée. Il faut savoir si elle est primitive ou consécutive, idiopathique ou symptomatique; si elle appartient à une exhalation bronchique, à une ulcération tuberculeuse, à

un anévrysme du cœur, à une apoplexie pulmonaire, etc.; alors, seulement alors, on peut porter un pronostic assuré et prescrire des médicaments utiles.

Des exhalations séreuses, morbides.

J.-P. Franck nous paraît avoir fait très sagement de rapprocher les unes des autres toutes les maladies qui frappent les organes exhalants; cette méthode nous semble fort naturelle. Les flux séreux, muqueux et autres, nous paraissent parfaitement bien placés avec les hémorrhagies. Ces états morbides présentent en effet entre eux beaucoup de points de contact.

Mais convient-il de faire des hydropisies une classe particulière d'affections, distincte, séparée des autres? ou bien les hydropisies, n'étant qu'un phénomène concomitant, symptomatique de plusieurs maladies différentes dont elles ne sont pour ainsi dire qu'une manière d'être, doivent-elles être rayées du cadre nosographique, et rapportées aux maladies dont elles dépendent?

Dès nos premiers pas dans la carrière médicale nous avons été frappé, non pas seulement du nombre des cas, mais de ce que dans tous les cas d'hydropisies, très fréquentes dans notre hospice, l'épanchement séreux était accompagné d'une lésion organique sensible. Cette coïncidence constante nous avait fait conclure de bonne

heure que ces épanchements séreux n'étaient que consécutifs à une autre altération; qu'en conséquence ils ne devaient être regardés que comme des phénomènes secondaires, de peu d'importance ; quel que fût leur développement, ils ne devaient jamais être pris pour base du traitement, et qu'ils étaient loin de mériter l'attention que les anciens médecins leur apportaient. Depuis que nous professons la médecine basée sur l'organisme, nous avons tous les ans exposé cette manière de voir. Nous faisons en effet remarquer que les collections séreuses qui constituent les hydropisies accompagnent constamment les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux, du poumon et des viscères contenus dans l'abdomen. Ainsi nous croyons que c'est embarrasser l'art par des divisions superflues que d'admettre une classe particulière des hydropisies. Cependant comme ce phénomène est fréquent, qu'il obscurcit quelquefois la maladie principale par la gravité des accidents qu'il produit; comme dans certaines circonstances il peut modifier le traitement à suivre, on ne peut se dispenser d'en tracer le tableau.

Mais avant d'aller plus loin jetons un coup d'œil sur la cause organique des hydropisies.

Les causes organiques de l'épanchement séreux, quels que soient son siége et son étendue, paraissent être l'inflammation des parties dans lesquelles il se forme, ou dans les parties voisines; un ob-

stacle au cours du sang veineux, ou à celui du sang artériel; un obstacle à la circulation lymphatique; enfin, peut-être, une atonie dans quelques parties de ces différents systèmes, et aussi un état hypersthénique de quelques uns d'entre eux. Ces dernières causes sont loin d'être démontrées, et ne suffiraient pas pour établir l'existence des maladies vitales. Car enfin, pour le redire, ces états d'hyposthénie et d'hypersthénie ne peuvent être eux-mêmes que des modifications organiques.

Rien n'est plus facile que de démontrer que les hydropisies ne sont souvent qu'un effet purement inflammatoire. Mais les hydropisies dites actives, aiguës, hypersthéniques, inflammatoires, etc., n'ont réellement été étudiées sous ce point de vue que dans ces derniers temps. Jusqu'alors, guidés par le penchant d'individualiser chaque phénomène morbide, les anciens avaient certainement regardé toute collection séreuse ou séropurulente comme une maladie particulière et nullement comme un effet consécutif. C'est la conséquence qu'on est forcé de tirer en lisant leurs écrits avec quelque attention. M. Rayer, jeune médecin rempli de talent, qui a traité la question qui nous occupe avec grand luxe d'érudition, s'est plu à rassembler dans son travail une multitude de faits qui prouvent jusqu'à l'évidence que les anciens ont souvent pris des pleurésies, des péricardites, des péritonites, etc., accompagnées d'épanchement, pour de véritables

hydropisies. L'étude de la nature nous a conduit aux mêmes conséquences, et nous avons vu que toutes les fois qu'il existait un épanchement un peu considérable, sans lésion organique, cet épanchement était dû constamment à une phlegmasie aiguë ou chronique. L'état des membranes séreuses, la couleur trouble, floconneuse de la sérosité épanchée, nepouvaient laisser aucun doute sur la nature de la maladie qui avait déterminé l'épanchement. Les membranes séreuses sont ordinairement opaques, nacrées, couvertes de fausses membranes, molles lorsqu'elles sont récentes, ou denses, serrées, organisées, lorsqu'elles sont anciennes. Des granulations transparentes et prodigieusement nombreuses, des dépôts pigmentaires, noirs, bruns, etc., attestent que ces membranes ont été le siége d'un travail inflammatoire. Voilà ce que démontrent les observations et les ouvertures de corps. Mais, dira-t-on, ces cas n'ont jamais été pris pour des hydropisies *essentielles*, jamais on n'a confondu les suites d'une phlegmasie avec l'augmentation disproportionnelle de l'exhalation ou la diminution de l'inhalation. C'est alors qu'en ouvrant les ouvrages des auteurs classiques, les exemples se présentent en foule pour appuyer cette assertion, et l'on retrouve dans leurs observations d'hydropisies tous les caractères organiques que nous venons de tracer. L'immense répertoire de Morgagni, Lieutaud, Sénac, Corvisart, et une multitude

d'autres auteurs fourniront les preuves de ce que nous avançons.

Mais en reconnaissant que l'inflammation est très souvent la cause de l'épanchement séreux, savons-nous comment s'opère cet épanchement, par quel mécanisme il s'effectue? C'est ici que nos connaissances précises s'arrêtent; c'est ici qu'on ne trouve plus que des probabilités, des conjectures même : les uns pensent que l'épanchement séreux est dû à la compression des vaisseaux lymphatiques par le gonflement inflammatoire des vaisseaux sanguins; les autres, que l'inflammation augmente l'action des vaisseaux exhalants; d'autres enfin qu'elle dilate les pores des vaisseaux capillaires, artériels et veineux, et qu'elle permet ainsi l'épanchement d'une plus grande proportion de fluide séreux. Il est sans doute quelque chose de vrai dans ces explications; mais aucune observation directe et positive ne peut empêcher de ne les regarder jusqu'ici que comme des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Concluons que les hydropisies dont nous venons de parler ne sauraient former une classe à part de maladies, et que leur histoire ne peut être séparée de celle des phlegmasies qui les produisent.

Les anciens pensaient que les hydropisies étaient dues à un obstacle apporté au cours du sang veineux; mais, dépourvus qu'ils étaient de connaissances anatomiques, leur opinion n'était guère

que le résultat de spéculations purement théoriques; à peine quelques uns d'entre eux citaient-ils un petit nombre d'observations imparfaites pour appuyer leur manière de voir. Aussi après la belle découverte de la circulation lymphatique, ce système mal étayé ne fut-il pas difficile à ébranler et à détruire, et jusque dans ces derniers temps on a regardé les hydropisies comme l'effet d'une altération des organes de la circulation lymphatique. C'est en effet dans les altérations organiques du système lymphatique que M. Pinel avait classé les maladies qui nous occupent. Un jeune médecin, M. Bouillaud, a recueilli récemment une certaine quantité de faits tendants à faire reconnaître les obstacles apportés au cours du sang veineux comme la cause des épanchements séreux.

Il est, en effet, indubitable que dans ces observations et dans une multitude d'autres rassemblées par M. Rayer, il existe véritablement un obstacle à la circulation veineuse, et nous pensons qu'on doit admettre cette lésion organique comme une cause fréquente d'hydropisie.

Dans des cas très multipliés d'épanchement de sérosité on a trouvé un obstacle mécanique à la circulation veineuse : des concrétions fibrineuses, albumineuses, ont été rencontrées dans la veine cave à diverses hauteurs; la compression que l'utérus exerce sur les veines iliaques est suivie vers le neuvième mois de la grossesse de l'infiltration des

extrémités inférieures. Les kystes volumineux de l'ovaire ; les tumeurs développées sur le trajet des veines, telles qu'un anévrysme de l'aorte ou autre; la ligature d'une veine; la destruction totale d'une veine d'un certain calibre; la compression exercée par une hernie crurale, par un tubercule, un cancer, etc. , la phlébite, etc. , ont donné naissance à des collections hydropiques.

Il paraîtrait donc bien démontré qu'un obstacle au cours du sang veineux pourrait être fréquemment la cause mécanique de l'épanchement séreux: mais de puissantes objections peuvent être adressées à cette manière de voir, et peuvent faire naître quelques doutes à cet égard. Et d'abord, la compression exercée sur les veines par les différentes tumeurs dont nous avons parlé ne s'exerce pas sur ces vaisseaux d'une manière tellement exclusive qu'elle n'agisse en même temps sur les vaisseaux lymphatiques ; et dès lors est-il bien certain que l'obstacle au cours du sang veineux soit la véritable cause de l'épanchement séreux ? D'un autre côté la compression, la ligature, la destruction d'une veine ne sont pas constamment suivies d'hydropisie. On peut ajouter que dans un grand nombre de cas d'hydropisie on n'a reconnu aucune altération du genre de celles que nous avons signalées ; mais, malgré ces objections, il n'en demeure pas moins démontré pour nous que les causes mécaniques dont nous venons de par-

ler sont une occasion très fréquente d'hydropisie.

Mais les obstacles à la circulation veineuse ne sont pas les seules causes de l'état pathologique qui nous occupe. Il est évident que, dans quelque point de la circulation que se trouve l'obstacle, l'effet devra être le même. Supposons que l'aorte soit ossifiée, qu'arrivera-t-il en dernière analyse? Le sang ne stagnera-t-il pas de proche en proche jusque dans les dernières ramifications veineuses, et dès lors l'effusion séreuse ne doit-elle pas arriver? C'est aussi ce que démontre l'expérience. Un obstacle existe-t-il dans l'aorte, le cours du sang est plus ou moins gêné; ce fluide stagne dans le ventricule gauche, dans l'oreillette du même côté, dans le poumon, dans le ventricule droit, dans l'oreillette droite, dans les veines caves, enfin dans toutes leurs divisions : aussi observe-t-on dans ces cas des hidropysies générales; il n'est pas de cavité qui soit exempte d'épanchement, et le tissu cellulaire sous-cutané est alors fréquemment infiltré. Aussi je ne balance pas à regarder les altérations du système artériel et du cœur comme une cause organique de la production des hydropisies au moins aussi puissante que la précédente.

Ici s'élève encore la question de savoir comment un obstacle à la circulation veineuse et artérielle produit l'hydropisie. Par quel mécanisme la sérosité contenue dans les capillaires s'échappe-

t-elle au dehors, se rassemble-t-elle dans les cavités naturelles, dans le tissu cellulaire, dans le tissu des organes? Peut-être quelque jour des recherches plus attentives pourront éclairer ce point encore inaperçu, sur lequel on ne possède jusqu'ici que des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Il est encore une cause organique qui peut donner lieu à la production de l'épanchement séreux, nous voulons parler des lésions de l'appareil lymphatique. Ces lésions ont été reconnues par un grand nombre de médecins du plus grand mérite ; si l'on en croit leur rapport, on a rencontré des hydropisies dépendantes de calculs contenus dans le réservoir du chyle, d'obstructions du canal thorachique, de compression de ce canal par une tumeur développée sur son trajet, de la ligature de ce canal sur les animaux vivants, de rupture de ce même organe. La rupture des vaisseaux lymphatiques, leur inflammation, leur compression, leur ligature, leur destruction par une plaie ou un ulcère ; l'obstruction, la destruction, l'extirpation d'une glande lymphatique, paraissent avoir été suivies de la formation d'hydropisies diverses. Mais il faut avouer que la plupart des faits rapportés par ces auteurs sont loin d'être assez concluants pour les faire regarder comme la cause nécessaire des épanchements dont nous parlons ; plusieurs d'entre eux doivent seulement

être considérés comme une cause *possible, probable*, de ces épanchements.

Mais ne pourrait-il pas se faire qu'une disposition particulière des fluides pût occasioner l'hydropisie sans lésion préalable des tissus ? Nous ne sommes pas éloigné d'admettre cette cause, en faveur de laquelle militent une multitude de faits. La prédominance du sérum dans le sang, qu'on peut constater par la simple inspection, peut être favorisée par un grand nombre de causes. L'abus des boissons aqueuses, qui délaient le sang dans toute la force de l'expression ; l'usage immodéré des évacuations sanguines, des évacuations excessives dans tous les genres ; l'habitation des lieux bas et humides, soit en empêchant la perspiration, soit en occasionant l'absorption d'une grande quantité de vapeurs aqueuses ; une alimentation pauvre et relâchante, etc., déterminent très certainement la formation d'une très grande proportion de sérum.

Il est incontestable que ces causes produisent l'effet dont nous parlons ; mais celles qui le déterminent de la manière la plus inévitable ce sont sans contredit les émissions sanguines réitérées. Après un certain nombre de saignées, le caillot diminue de plus en plus, est réduit presque à rien, et nage dans une abondante sérosité. J'ai eu de fréquentes occasions de voir les infiltrations des membres survenir ou augmenter du jour au lendemain,

après avoir fait pratiquer une saignée jugée nécessaire pour une imminente suffocation, chez des individus encore assez forts. Dans cet état de choses est-il bien difficile de concevoir la formation d'un épanchement séreux ? Les observations microscopiques ayant démontré que les molécules blanches du sang étaient moins volumineuses que les globules rouges, leur passage par les extrémités exhalantes ne se conçoit-il pas facilement ? Mais ces conditions du sang tombent moins sous les sens que les altérations précédentes, et pour cela ont été justement révoquées en doute.

Jusqu'ici nous n'avons examiné que des causes plus ou moins faciles à apprécier; mais de quoi dépendent des infiltrations qui surviennent chez des personnes fort bien portantes d'ailleurs ? Après avoir passé plusieurs jours et plusieurs nuits en voiture, comment la station prolongée détermine-t-elle l'œdème des extrémités inférieures ? Une jeune fille, au moment de ses règles, reçoit une grande quantité d'eau froide sur le corps ; les règles se suppriment, il survient une infiltration de toute l'extrémité inférieure gauche : quel désordre organique existe-t-il dans ce cas ? Il n'y a ni inflammation, ni obstacle au cours du sang artériel ou veineux, ni lésion de l'appareil lymphatique, ni même altération du fluide dans sa composition. D'où vient cette influence des lois de la pesanteur dans les premiers cas, et comment expliquerez-vous

l'œdème dans le dernier ? Vous dites que l'action des veines, ordinairement favorisée par celle des muscles, est ralentie, affaiblie dans le cas de station prolongée par le repos absolu de ces organes. Fort bien ; mais si vous admettez cette cause de faiblesse d'action, je ne vois pas pourquoi vous rejetterez celle qui dépend de toute espèce de causes débilitantes, parmi lesquelles le défaut de réparation, les pertes excessives, une suppuration abondante, etc., tiennent le premier rang, et à la suite desquelles on voit fréquemment survenir des œdèmes, des infiltrations de tous genres.

De ce qui précède, concluons que les épanchements séreux sont le résultat immédiat de la disproportion qui existe entre l'exhalation et l'inhalation ; mais que presque dans aucun cas cette disproportion n'est essentielle, idiopathique, mais bien symptomatique d'une multitude de lésions diverses que nous avons énumérées ; telles qu'inflammations, obstacles au cours du sang artériel et veineux, obstacles à la circulation lymphatique, altération du sang, etc. ; que par conséquent on ne peut conserver les hydropisies dans un cadre nosographique ; que n'étant qu'un effet consécutif, qu'un symptôme, on doit les rattacher aux maladies qui les produisent ; que cette manière de les considérer est bien plus pratique, bien plus médicale, si l'on peut s'exprimer ainsi, que de les ranger sous le même ordre, ce qui tend à les faire

regarder comme d'une même nature, et conduit à les faire traiter par les mêmes moyens, ce qui est aussi absurde que dangereux.

Quoi qu'il en soit, le phénomène dont nous parlons est trop fréquent, il modifie trop souvent les moyens à employer, pour que nous négligions d'en donner une esquisse générale.

Les phénomènes locaux organiques et fonctionnels des épanchements séreux varient sous tant de rapports qu'il est plus difficile d'en donner une idée générale que de tous les états pathologiques dont nous avons parlé jusqu'ici. Les hydropisies ont leur siége dans les cavités des membranes séreuses, l'arachnoïde, la plèvre, le péricarde, le péritoine, le périteste, la membrane qui tapisse les chambres de l'œil, les membranes synoviales, le tissu cellulaire, les parenchymes de certains organes; dans des cavités naturelles, la vésicule biliaire, l'utérus, etc.; dans des kystes accidentels, principalement développés sur la matrice, des hydatides, etc. Le principal phénomène local, on pourrait même dire le seul, est l'épanchement de la sérosité. Mais à quel degré commence l'état d'hydropisie? C'est ce qu'on n'a pas déterminé, et ce qu'il est en effet impossible de faire. Dira-t-on qu'il n'y a hydropisie que lorsque l'ordre physiologique éprouve quelque dérangement? Mais combien ne voit-on pas d'épanchements, même considérables, qui ne produisent aucune altéra-

tion fonctionnelle? Dira-t-on que, pour qu'il y ait hydropisie, il est nécessaire qu'il existe une *quantité notable* de fluide épanché? Mais quelle sera cette quantité? Celle qui constituera une hydropisie très fâcheuse pour le cerveau ou le péricarde ne sera seulement pas aperçue dans la plèvre ou dans le péritoine. Ainsi, comme pour les hémorrhagies, le point où la collection séreuse constitue l'hydropisie est entièrement arbitraire, et partant très vague. Suivant que la sérosité se trouve épanchée dans une cavité à parois extensibles ou non, les phénomènes locaux varient; ils varient encore suivant la quantité plus ou moins grande de liquide épanché. Nous dirons à ce sujet que les auteurs qui ont écrit sur l'hydropisie ont singulièrement exagéré l'importance de la quantité du fluide. Ils se sont complu à la mesurer, à la noter exactement, et souvent même à l'exagérer beaucoup. Et qu'importent quelques livres de plus ou de moins de sérosité dans le bas-ventre, lorsque cette cavité se trouve distendue outre mesure? Mais ils ont été séduits par le merveilleux, espèce de talisman qui ne manque jamais son effet dans l'enfance des arts et des sciences, et en général des sociétés naissantes.

La nature du fluide épanché varie suivant la cause organique qui l'occasione. Dans les hydropisies provenant d'une inflammation, le fluide épanché dans les cavités ou dans le tissu cellulaire est

séreux, mais opaque, plus ou moins épais, plus ou moins purulent; il contient des grumeaux, des flocons, des corpuscules jaunâtres de diverses grosseurs. La couleur de la sérosité est blanchâtre, lactescente, ou jaune, fauve et quelquefois rougeâtre, sanguinolente. Les tissus environnants présentent tous des caractères que nous avons attribués au travail inflammatoire.

Dans les autres espèces d'hydropisies, le fluide est clair, transparent, limpide, légèrement jaunâtre ou verdâtre, ressemblant parfaitement à un petit-lait bien clarifié, à de l'urine ténue. Sa nature est à peu près celle du sérum du sang; il contient une moindre proportion d'albumine. Il est composé d'eau, d'albumine, de carbonate, et de lactate de soude et de potasse. Les tissus environnants ne présentent aucune espèce d'altération; ils sont ordinairement pâles, incolores, exsangues.

L'hydropisie n'étant qu'un symptôme, on pense bien qu'il doit exister des phénomènes locaux plus importants que ceux que nous avons exposés: nous voulons parler de ceux qui caractérisent la lésion organique qui produit l'effusion séreuse; mais la description de cette altération ne peut être donnée que dans un autre moment.

Quant aux phénomènes généraux fonctionnels, ils sont aussi ceux des maladies dont nous parlons. On a cependant remarqué que la face était pâle,

décolorée, terreuse, les *caroncules pâles* (on se rappelle ce que nous avons dit de ce signe dans notre premier volume); la peau blanche, blafarde, sèche, flasque ou tendue, semi-transparente ; la soif très vive, l'appétit nul, la digestion difficile, l'urine peu abondante, rouge, trouble, bourbeuse ; la respiration gênée ; le pouls petit, mou, fréquent, quelquefois irrégulier ; le sommeil peu réparateur, la faiblesse extrême, l'accablement intellectuel et moral porté à un haut degré, etc.

Exhalation muqueuse morbide ; flux muqueux.

Des auteurs, d'ailleurs très estimables, ont fait une classe à part des exhalations muqueuses morbides, sous le nom de flux muqueux. D'après les principes de la médecine organique nous ne pouvons encore ici reconnaître qu'un symptôme, c'est-à-dire qu'un effet ; et ce que nous venons de dire des exhalations séreuses s'applique entièrement aux exhalations muqueuses : celles-ci nous paraissent augmentées dans les mêmes circonstances et par les mêmes causes organiques. L'inflammation aiguë ou chronique est presque toujours la cause des *phlegmorrhagies ;* mais il n'est pas rare, principalement chez les vieillards, d'observer une expectoration très abondante d'une mucosité limpide transparente, laquelle ne peut être attribuée à aucun travail inflammatoire, et qui nous a toujours

paru la suite des maladies du cœur ou des gros vaisseaux : tel est l'asthme humide et le catarrhe pituiteux de quelques auteurs. Frappés des simples apparences, ils ont négligé de remonter à la véritable cause organique de ces phénomènes, et nous croyons l'avoir trouvée dans les dérangements de la circulation.

J'ai cependant eu occasion d'observer un cas fort singulier : un hypochondriaque d'une haute stature, d'une forte constitution, exempt de toute affection organique quelconque, est pris assez fréquemment, à diverses heures du jour et sans cause appréciable, quelquefois à la suite d'une vive impression morale, d'un écoulement très abondant d'une mucosité limpide, chaude, âcre, par les narines. Cet écoulement dure deux, trois heures, plus ou moins, et cesse tout-à-coup; la pituitaire rentre dans son état ordinaire, comme s'il n'était rien arrivé. Qu'est-ce que cette altération? est-elle simplement due à l'influence de l'encéphale? faut-il admettre là une inflammation? Mais cette maladie n'en présente ni la marche ni les symptômes. Au reste ces cas doivent être rares, et l'on doit les considérer comme exceptionnels. Comment regardera-t-on aussi certaines leucorrhées qui précèdent et suivent chez les femmes le flux menstruel? Si l'on dit que c'est une exhalation physiologique, que sera l'écoulement muqueux habituel qui a lieu chez elles dans les intervalles des époques menstruelles? Ces

flueurs blanches seront-elles le résultat d'une phlegmasie chronique, si les premières ne sont pas telles? Quelque temps de plus dans la durée suffira-t-il pour leur donner le caractère inflammatoire? Ne se pourra-t-il pas que cette exhalation soit simplement augmentée comme dans l'état physiologique, mais jusqu'au point de fatiguer la malade, d'altérer, de détruire même sa santé, et cela par une disposition organique particulière, par un véritable relâchement des bouches exhalantes? Nous croyons cela possible, et ces cas sont sans contredit très embarrassants, à cause de la difficulté qu'on éprouve à les distinguer des phlegmasies chroniques. Quoi qu'il en soit, nous persistons à croire que l'augmentation de l'exhalation muqueuse constituant un état morbide dépend 1°, dans le plus grand nombre des cas, d'un travail inflammatoire; 2° d'une maladie chronique éloignée, et surtout d'un obstacle à la circulation; 3° d'une disposition organique particulière, *seulement probable*, de la membrane muqueuse; 4° enfin de l'influence du système nerveux. On peut placer dans cette dernière catégorie l'abondance, la liquidité et la fétidité des selles occasionées par la crainte d'un grand danger : il est indubitable que dans cette circonstance il n'y ait une augmentation sensible de l'exhalation intestinale, par la seule influence de l'innervation, sans le moindre travail inflammatoire.

Considérant en résumé l'exhalation morbide

dont nous parlons comme un simple symptôme, un effet purement accessoire, au moins dans la pluralité des circonstances, nous n'en donnerons les caractères qu'en parlant des maladies en particulier.

Exhalation cutanée morbide; éphidrose.

Si les exhalations dont nous avons parlé jusqu'à présent ne sont le plus ordinairement que des symptômes et non des maladies par elles-mêmes, idiopathiques, nous pensons qu'à plus forte raison on doit considérer ainsi la sueur, et nous nous serions abstenu de tracer ce paragraphe, si des auteurs du plus grand mérite n'avaient fait un genre de maladie de la sueur morbide comme ils en avaient fait un de l'exhalation séreuse. Qu'il existe une sueur morbide, une augmentation plus ou moins considérable de la perspiration cutanée, cela est indubitable; mais que cela tienne à une maladie propre au tissu de la peau, voilà ce qui est plus que douteux. Nous avons exposé dans notre premier volume, page 434, les circonstances principales dans lesquelles la sueur se manifestait. Nous avons distingué des sueurs générales et partielles, des sueurs symptomatiques, colliquatives, critiques, etc. Ce sont les seules que nous adoptions; toutes les causes qui augmentent l'action du cœur et l'innervation provoquent la sueur, et ce sont toutes les maladies avec hypersthénie. La

perspiration cutanée remplace souvent aussi une autre excrétion, dont elle est succédanée ; mais pour les sueurs idiopathiques, nous croyons qu'elles ont été admises avec trop de facilité : bien entendu qu'on ne doit pas ranger dans cette espèce les sueurs provoquées par toute espèce d'excitant physiologique.

Maintenant il resterait peut-être à déterminer quelle est la cause organique de la sueur, par quel mécanisme s'opère cette espèce de distillation ; comment il se fait que, lorsqu'il existe une ulcération dans le poumon, une suppuration dans tout autre organe, il survient en même temps une sueur abondante qui affaiblit de jour en jour le malade et le précipite vers le tombeau ? Mais cette question n'est pas susceptible d'explications très rigoureuses, et serait d'ailleurs peu utile sous le rapport thérapeutique. Nous pensons qu'il suffit de savoir que la sueur n'est jamais qu'un symptôme, et par conséquent que ce n'est pas contre elle qu'il faut diriger les moyens de traitement, mais vers la maladie qu'elle accompagne : c'est assez pour faire juger l'utilité de prétendus remèdes administrés avec une confiance admirable vraiment contre cet accident consécutif.

Sécrétions morbides.

On a rapporté de nos jours tous les dérangements des sécrétions à l'irritation des organes sécréteurs ;

quelque simple que soit cette théorie, quelque satisfaisante qu'elle soit pour l'esprit, il faut cependant avouer qu'elle ne nous paraît pas toujours d'accord avec l'expérience.

L'inflammation des organes sécrétoires diminue d'abord, ainsi que nous l'avons vu, le fluide sécrété, bientôt l'altère dans sa composition, l'augmente ensuite, et bientôt lui permet de reprendre ses qualités premières; mais il est des circonstances où tout-à-coup et sans cause bien appréciable le fluide sécrété augmente d'une manière excessive, et bientôt et d'une manière tout aussi inopinée revient à son type normal. Quelquefois il persiste un temps plus ou moins long, conservant toutes les qualités qu'il présentait dans l'état physiologique, d'autres fois offrant quelque perversion dans sa composition.

Les deux sécrétions morbides les plus extraordinaires et les plus inexplicables ce sont sans contredit le choléra morbus et le diabétès, dont nous donnerons les caractères fonctionnels; quant aux caractères organiques, nous devons avouer qu'ils nous sont entièrement inconnus, et nous pensons que ceux qui attribuent ces sécrétions pathologiques à l'irritation de ces organes ne sont pas plus avancés que nous. Certes, dans nos principes de médecine *physique*, il est impossible qu'il n'existe pas une lésion dans l'organe sécréteur, mais cette lésion de tissu s'est jusqu'ici dérobée à nos recher-

ches. Quant aux phénomènes fonctionnels, on doit avouer qu'ils ne ressemblent nullement à ceux que nous avons attribués à l'inflammation.

Des névroses en général.

Existe-t-il une classe distincte d'affections qui mérite le nom de névroses, ou bien ce mot n'a-t-il été donné qu'à des phénomènes fonctionnels dépendant d'altérations organiques qu'on avait méconnues? Les névroses sont-elles toutes des phlegmasies? Tel est l'état actuel de la médecine, que les points qui paraissaient jusqu'à ce jour le plus solidement établis ont été remis en question, ont été ébranlés jusque dans leurs fondements, et que quelques uns même paraissent avoir été renversés sans retour. Ce n'est peut-être pas un mal pour la certitude de l'art de revoir ainsi chacune des parties qui le composent, de les passer de nouveau au creuset d'une critique sévère. La vérité doit nécessairement jaillir de cet examen. Assez et trop long-temps on a reçu comme des oracles sacrés ce que nos devanciers nous ont transmis; séparons enfin l'or de l'expérience des scories qui l'enveloppent.

Persuadé depuis mon enfance que toutes les altérations fonctionnelles doivent reconnaître pour causes des altérations organiques, je ne voyais pas sans dégoût cette classe de maladies sans siége auxquelles on a donné le nom de névroses. J'étais

convaincu que la plupart ne devaient leur existence qu'à l'ignorance où l'on était sur leur nature, et qu'une observation plus attentive finirait par en dévoiler le siége. J'étais persuadé que toutes les fois que les médecins éprouvaient quelque embarras de diagnostic, ils tranchaient la difficulté en établissant que la maladie était nerveuse. C'est d'après cette manière de voir que j'ai été conduit à découvrir que l'asthme des vieillards, dont on avait fait une prétendue névrose, n'était qu'un symptôme d'une lésion organique, opinion qui n'est plus contestée que par un petit nombre de médecins. C'est d'après elle encore que j'ai été conduit à rattacher la paralysie, considérée jusqu'ici comme une névrose, aux nombreuses altérations du cerveau et de ses dépendances. J'ai la certitude qu'une grande quantité de prétendues névroses seront un jour rayées du nombre de cette classe obscure de maladies ; à mesure que la médecine organique fera des progrès, on verra tomber successivement le voile qui couvre encore beaucoup d'affections qu'on regarde aujourd'hui comme nerveuses, faute de mieux.

Cependant je suis loin de nier que le système nerveux ne soit susceptible de devenir malade : je veux dire seulement qu'on a beaucoup trop exagéré le nombre de ses maladies. Il est à regretter qu'on ne puisse reconnaître le mode de lésion organique qui doit subsister dans le tissu des nerfs.

Peut-être (mais ce n'est là qu'une conjecture) que l'agent nerveux est susceptible de pécher et par excès et par défaut; qu'il peut se trouver en plus et en moins dans les organes, et y produire les accidents qu'on nomme nerveux. Peut-être est-ce à cette cause qu'on doit attribuer les spasmes et les convulsions de toute espèce; et c'est ainsi que nous l'avons entendu, lorsque nous avons dit dans notre premier volume que l'hystéric, l'épilepsie étaient des maladies qui dépendaient de l'altération d'un fluide. L'agent nerveux, paraissant simple de sa nature, ne peut être altéré dans sa composition; mais rien n'empêche qu'il soit en excès ou en défaut. Dès lors cet agent, échappant à nos moyens d'investigation, se dissipant même après la mort, ne devrait laisser aucune trace de sa présence. Cette pensée fera toujours le désespoir de la médecine organique.

Ainsi, quoique dans beaucoup de cas on ait exagéré le nombre des maladies nerveuses, on ne peut cependant s'empêcher d'en reconnaître l'existence.

M. Georget nous paraît être dans la voie de la saine médecine lorsqu'il emploie ses efforts à établir que les névroses ne sont pas des inflammations; mais, entraîné par un sujet qu'il affectionne, ce médecin distingué nous semble quelquefois dépasser le but.

Les symptômes qui caractérisent les maladies nerveuses sont des modifications du mouvement

ou du sentiment, des sens et de l'intelligence ; ils sont infiniment nombreux et variés, ainsi que nous le verrons en traitant des maladies qu'on regarde encore comme des névroses.

Les tremblements, les convulsions, les spasmes, les mouvements désordonnés; l'immobilité des membres du tronc, des muscles de la face; des douleurs de toute espèce, l'insensibilité; des sensations de froid, de chaud, d'un corps étranger; les aberrations des sens, leur diminution de sensibilité; la folie, l'hypochondrie, etc., etc., sont les symptômes principaux que quelques auteurs regardent encore comme caractéristiques des névroses.

Ces maladies sont essentiellement chroniques, et reviennent ordinairement par intervalles plus ou moins réguliers; elles altèrent peu les organes de la vie organique, de manière que l'individu peut jouir d'une santé à peu près parfaite dans les intermissions plus ou moins longues qui séparent les accès de son affection. Non seulement l'appétit et la nutrition ne sont nullement troublés chez les sujets affectés de névroses, mais la circulation est parfaitement naturelle. Il n'existe aucun phénomène fébrile, et lorsque le pouls est fort et accéléré, ce phénomène peut être considéré comme secondaire. Les symptômes de l'accès, qui dure peu de temps, sont ordinairement portés à un tel point de violence qu'ils inspirent la terreur et l'effroi; et cependant il est rare qu'ils soient dangereux, et

les malades succombent presque constamment à des affections étrangères à leur maladie. La guérison de ces maladies est difficile à obtenir, quels que soient les moyens qu'on emploie; elles ont une durée illimitée, et à la mort elles laissent peu de traces après elles : celles qu'on dit avoir rencontrées sont évidemment l'effet de la maladie plutôt que sa cause organique. La preuve en est que ces altérations arrivent sans névroses, et les névroses sans ces altérations. On peut les considérer comme concomitantes et comme accidentelles. Ainsi, périodicité ou du moins intermittence, chronicité, apyrexie, santé apparente, violence des phénomènes fonctionnels, brièveté de leur durée, absence de lésions organiques, tels sont les caractères généraux des névroses.

Naguère les névroses étaient nombreuses encore; mais, depuis qu'on cultive la médecine organique d'une manière générale, cette classe d'affections a singulièrement perdu de son domaine, et celles des névroses qu'on regarde encore comme telles sont beaucoup plus rares.

En effet, depuis qu'on est convaincu qu'une lésion fonctionnelle ne peut exister sans une altération organique, et que les lésions des prétendues propriétés vitales sont des absurdités, on cherche à rattacher l'altération des fonctions aux altérations d'organes, et l'on y est parvenu pour un grand nombre de maladies. Je ne doute nullement qu'on

n'y puisse parvenir pour la plupart de celles qui nous restent à découvrir, et le temps n'est peut-être pas loin de nous où les névroses qui existent encore ne seront plus considérées que comme des symptômes.

Pour s'assurer des progrès dus à la médecine organique, il ne faut que jeter les yeux sur la nomenclature des névroses admises par M. le professeur Pinel il y a dix ans, et l'on verra combien de phénomènes purement symptomatiques ont été mis au nombre de ces maladies. Les névroses des sens comprennent la *dysécée*, la *paracousie*, le *tintouin*, la *surdité*, la *berlue*, la *diplopie*, l'*héméralopie*, la *nyctalopie*, l'*amaurose*, etc.; or les ouvertures de corps ont prouvé que la plupart d'entre elles n'étaient que le résultat d'altérations locales ou du sens lui-même, et de ses diverses parties constituantes, ou du nerf chargé de transmettre l'impression, ou de la portion du cerveau chargée de la recevoir. Il ne faut que lire l'excellent ouvrage de M. Itard sur les maladies de l'oreille, pour s'assurer de ce que nous avançons : on y verra de combien d'altérations diverses dépendent les phénomènes fonctionnels dont nous venons de parler ; et le seul article *Amaurose* de M. Marjolin, dans le *Dictionnaire de médecine*, suffirait pour prouver ce que nous avançons. Ainsi, pour ce qui concerne les névroses des sens, on doit conclure qu'elles sont bien moins fréquentes qu'autre-

fois; qu'il en existe sans doute, mais que dans la majorité des cas on peut les rapporter à une lésion sensible des parties nécessaires à l'exécution de la sensation; que ces lésions sont nombreuses et variées, et qu'en conséquence elles réclament *un traitement qui ne doit pas être toujours le même*, ce à quoi on serait conduit si on les considérait toujours comme des névroses; qu'enfin c'est aux recherches anatomiques, c'est-à-dire à la médecine organique, qu'on doit rapporter ces véritables progrès.

Si des névroses des sens nous passons à l'examen des névroses cérébrales, nous voyons encore qu'un très grand nombre d'entre elles, considérées comme telles par l'illustre professeur que nous avons cité, ne sont plus regardées aujourd'hui que comme des symptômes d'une multitude d'altérations diverses du cerveau ou de ses dépendances. Parmi les névroses *comateuses* nous voyons figurer l'*apoplexie;* mais qu'est-ce que l'apoplexie dans le sens des anciens auteurs, sinon une perte plus ou moins complète de connaissance, avec diminution ou abolition du sentiment et du mouvement? et à quelles lésions organiques ne doit-on pas rapporter cette réunion de phénomènes? *Hémorrhagie cérébrale, encéphalite, méningite avec épanchement séreux, ramollissement, productions accidentelles* de toute espèce parvenues à leur dernier terme, maladies du cœur même, etc., ne don-

nent-ils pas lieu aux symptômes de l'apoplexie, et dès lors peut-on conserver une même dénomination pour tant d'objets divers? Et à quoi devons-nous ces lumières, sinon à la médecine organique?

Les ouvertures de corps n'ont pas encore dévoilé quelle était la lésion qui donnait lieu à la catalepsie, et jusqu'à nouvel ordre il faudra la considérer comme une névrose; mais tout ne porte-t-il pas à espérer qu'on en découvrira la cause organique.

Nous devons malheureusement dire la même chose de l'épilepsie, malgré les louables travaux entrepris par quelques jeunes médecins.

Mais un genre de névroses dans lesquelles la médecine organique a exercé la plus heureuse influence c'est sans contredit celles de la locomotion. Les convulsions et la paralysie sont les exemples les plus frappants des progrès dont nous parlons. Ce que nous avons dit à ce sujet dans le premier volume de cet ouvrage nous dispense d'entrer dans de nouveaux détails, et doit nous faire conclure que s'il reste encore des convulsions et des paralysies *nerveuses*, elles sont sans doute bien rares, comparées à ce qu'elles étaient alors. A quoi doit-on cet heureux changement, sinon à la culture de la médecine organique? Beaucoup de névroses de la voix, des organes de la digestion, de la respiration, et principalement l'*asthme des vieillards*, de la circulation, etc., ont singulière-

ment diminué de fréquence, et ont été rattachées à des lésions organiques; et comme le traitement de ces maladies ne saurait être le même, on ne peut contester que la médecine n'ait fait des progrès importants depuis cette époque, même sous le rapport de la thérapeutique. Ainsi nous avons démontré dans notre article *Galvanisme* du *Dictionnaire de médecine*, que les expériences de Hallé et Mauduyt *sur cinquante-un paralytiques*, quoique faites avec beaucoup d'exactitude, péchaient par la base, puisqu'il aurait fallu déterminer quelle était la maladie du cerveau ou de ses annexes qui produisait ce phénomène fonctionnel.

Quoi qu'il en soit, M. Georget n'en a pas moins eu raison de chercher à établir une différence entre les névroses et les autres maladies; car bien que leur nombre et leur fréquence soient diminués de beaucoup, il en reste toujours d'incontestables et qu'on ne saurait confondre avec d'autres maladies.

D'après cela l'on pense bien que nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui rattachent toutes les névroses aux inflammations, et les confondent ensemble.

Les phénomènes fonctionnels des névroses que nous avons exposés tout à l'heure doivent suffire pour faire reconnaître que celles qui méritent véritablement ce nom diffèrent essentiellement des inflammations; si cela ne suffisait pas, nous ren-

voyons le lecteur à l'article de M. Georget; et que celles qui ne sont que symptomatiques sont le résultat d'une multitude d'altérations organiques diverses.

Mais à quelle modification d'organe (car d'après nos principes il en faut une) devrons-nous rapporter les phénomènes véritablement nerveux? Ici s'ouvre l'immense champ des conjectures: là où nos sens cessent de nous servir de guides, parcequ'ils n'ont plus de prise, nous devons nous abstenir de raisonner, sous peine de nous égarer; cependant il est permis de présumer que la plupart des phénomènes vraiment nerveux sont dus à des perversions de l'innervation, à l'accumulation de l'agent nerveux, dans certains cas, tels que les douleurs, les névralgies, etc., à la soustraction de cet agent, comme dans quelques paralysies très rares, dans la syncope, l'asphyxie, etc.

Pour cette raison il sera sans doute toujours très difficile et peut-être impossible de reconnaître les causes organiques de l'épilepsie par exemple. Remarquez que tous les phénomènes de l'épilepsie peuvent être produits volontairement: nous pouvons contracter violemment et relâcher alternativement nos membres; dans ces cas, que doit-il se passer dans la portion du cerveau qui préside aux mouvements? Précisément la même modification organique: car produire une contraction volontairement ou involontairement, c'est toujours pro-

duire cette contraction ; il ne faut dans l'un et l'autre cas que la même modification organique. Remarquez de plus que la contraction épileptique est passagère, qu'après elle il ne reste plus rien, pas plus qu'après la contraction volontaire ; et concluez que dans un cas comme dans l'autre la modification organique est fugace, passagère, semblable ou du moins analogue et dans la maladie et dans la contraction produite par la volonté, et par conséquent *insaisissable* après la mort.

Voilà donc déjà trois groupes de maladies qui ne sont pas de la même nature. Nous pourrions y joindre tout de suite les maladies intermittentes, les altérations des fluides, telles que l'anémie, la polyæmie ou pléthore, la congestion générale ou locale, le scorbut, et sans doute des altérations analogues encore inconnues aujourd'hui dans les autres fluides de l'organisme ; nous aurons occasion d'y revenir plus tard. Nous nous bornerons à ces considérations générales sur les différences générales des maladies ; mais nous ne saurions cependant les terminer sans jeter un coup d'œil sur les principales lésions de tissus auxquelles nos organes sont exposés.

Des principales altérations morbides des organes.

Dans un temps qui n'est pas bien éloigné de nous on ne donnait le nom de *maladies organiques*, *lésions* ou *altérations organiques*, qu'à des

affections qui altéraient *profondément* le tissu des organes ou donnaient naissance à des productions nouvelles insolites dans la partie où elles se présentaient, soit que ces productions eussent des analogues dans les tissus sains, soit qu'elles n'en eussent pas. Rien n'était par conséquent plus vague que cette dénomination, et cela devait être, puisque les connaissances qu'on possédait en anatomie pathologique étaient elles-mêmes peu étendues, peu positives.

Aujourd'hui les recherches cadavériques ont prouvé que la plupart des maladies laissaient après elles, dans nos organes, des traces plus ou moins profondes. Un raisonnement sévère a prouvé que les maladies après lesquelles on ne rencontrait aucune trace sensible n'en devaient pas moins dépendre d'une lésion de nos organes ou de leurs principes constituants, de manière qu'il est impossible maintenant de conserver cette distinction des maladies en organiques et anorganiques. Tout est organique dans l'homme, nous ne saurions trop le répéter. D'après ces principes, nous considérons les traces les plus légères d'inflammation, par exemple, comme des altérations organiques.

Redisons-le, il ne saurait y avoir de lésions vitales propres à la vie, parceque la vie n'est rien par elle-même : elle n'est qu'un effet de l'arrangement moléculaire, de la disposition organique;

or si la vie n'est pas un être à part, si elle n'est qu'un effet, elle ne peut offrir de dérangements par elle-même, indépendamment des organes qui lui donnent lieu. Cela est tellement vrai que, dans l'état de santé même, il ne peut arriver la moindre modification fonctionnelle sans qu'il n'y ait en même temps une modification organique correspondante. Augmentation, diminution, perversion, abolition de fonctions, rien ne peut arriver sans le concours des organes : ainsi tous ces changements sont des phénomènes organiques. Nous ne saurions partager l'opinion des médecins qui admettent des lésions vitales, sur la simple raison qu'ils ne connaissent pas les lésions organiques qui donnent lieu à certains phénomènes ; ainsi, de ce qu'ils ne connaissent nullement la différence qui existe entre un individu qui dort et un individu qui veille, ils se croient autorisés à admettre des lésions vitales. Ils prétendent qu'entre ces deux états il y a presque autant de différence qu'entre la vie et la mort. Nous ne pouvons laisser passer une semblable proposition. Dans le sommeil, il n'y a de suspension que dans l'action des sens extérieurs ; mais la digestion, la respiration, la circulation, la calorification, les exhalations, les absorptions, la nutrition, s'exercent encore parfaitement ; la sensibilité, la contractilité et l'exercice des organes génitaux sont loin d'être suspendus : et l'on compare cet état à la mort ! C'est bien se contenter des

plus grossières apparences. Quoi qu'il en soit, il y a même dans cet état une modification organique, et de ce qu'on ne la connaît pas, on n'est point autorisé à regarder l'effet fonctionnel comme une lésion vitale.

Ainsi tout étant organique dans l'homme, on ne saurait conserver la distinction de lésions vitales et de lésions organiques : pour les premières, on doit simplement les classer dans les lésions encore inconnues. Tous les jours en voient diminuer le nombre, ainsi que nous l'avons vu dans le paragraphe précédent.

Celles que nos moyens d'investigation nous ont fait reconnaître et nous font encore reconnaître journellement sont extrêmement nombreuses, et tellement qu'elles ont exigé une classification particulière. Cette classification présente de nombreuses difficultés, et les auteurs qui se sont le plus occupés de cette matière sont loin d'être d'accord à cet égard. Pour nous, laissant de côté ces divisions scolastiques peu importantes à l'art, nous nous bornerons à l'exposition des faits principaux. Pour aider la mémoire nous adopterons l'ordre suivant :

1° *Lésions traumatiques.* Elles forment la plus grande partie du domaine de la chirurgie, et nous ne devons que les mentionner ici : ce sont les contusions, les plaies, les fractures, les luxations ; nous y mettrons aussi les hernies, bien qu'elles

dépendent d'une action spontanée, parcequ'elles ne consistent que dans un simple déplacement.

2° *Lésions spontanées*, c'est-à-dire arrivant dans la très grande majorité des cas sous l'influence d'une cause prochaine inappréciable.

A. *Altérations du tissu des organes et des fluides de l'organisme.* Augmentation et diminution de volume, hypertrophie et atrophie ; dilatation et rétrécissement de tous les conduits ; perversion de nutrition, ramollissement et endurcissement des tissus ; rupture des vaisseaux et des organes ; inflammation des tissus ; diverses formes de l'inflammation ci-dessus exposées, résolution, suppuration, pus, ulcérations, jusques et y compris la mort des parties ; anémie, polyæmie, congestion dans divers organes, altération du sang ; sans doute augmentation, diminution et altération de la lymphe ; augmentation, diminution, perversion de l'agent nerveux, et ainsi de suite de l'altération de tous les fluides de l'économie animale (1).

B. *Productions accidentelles.* On les a distinguées

(1) Pour faire un ensemble régulier, on pourrait donner à ces altérations au fur et à mesure qu'on les découvrirait, les noms suivants dérivés du grec : anémie, polyæmie, cacoëmie ; alymphie, polylymphie, cacolymphie ; aneurie, polyneurie, caconeurie, etc. ; mais dans ce moment les altérations des fluides ne sont pas assez connues pour qu'il soit nécessaire d'introduire ces mots insolites dans la pathologie.

en productions *anorganiques* et en *productions organisées;* accumulation de sérosité dans les cavités ou dans l'interstice des parenchymes; accumulation de graisse, d'air; dépôts de matières colorantes; concrétions albumineuses; dépôts calcaires, calculs, etc.

a. *Tissus accidentels qui ont leurs analogues dans l'organisme.* Tissus cutané, séreux, muqueux, ligamenteux, cartilagineux, osseux, vasculaire, cellulaire, corné.

b. *Productions accidentelles hétérologues.* Tubercules, mélanose, cancer ou squirrhe, encéphaloïde, cirrhose, sclérose; loupes, méliceris, athérômes, etc.

c. *Corps étrangers animés, entozoaires, animaux parasites.*

Nous allons donner une idée sommaire de ces principales altérations organiques que nous venons de citer, parceque sans cette connaissance préliminaire il est impossible de comprendre les détails dans lesquels nous entrerons bientôt en parlant des phénomènes morbides présentés par chaque organe en particulier.

Les divers organes de l'économie peuvent avoir dans l'état sain un certain développement nécessaire à l'exercice de leurs fonctions: si ce développement n'est pas suffisant, ce que l'on apprécie facilement lorsqu'on connaît le volume naturel de

l'organe, et en comparant cet organe à la stature de l'individu et au volume des autres organes, et aussi parceque cet organe ne peut remplir ou remplit avec peine la fonction qui lui est confiée, c'est l'*atrophie*. Les organes diminuent de volume, et par les pertes qu'ils éprouvent, et par le défaut de réparation. Cette dernière cause est la plus fréquente, et c'est elle qui a donné son nom à la maladie qui nous occupe. Cette atrophie, cette diminution de nutrition peut avoir lieu de plusieurs manières: l'organe étant condamné au repos par une cause quelconque, les fluides cessent d'être appelés vers lui, et la diminution de volume doit nécessairement avoir lieu. Lorsque par une cause quelconque le sang artériel cesse d'arriver dans un membre ou un viscère, ces parties s'atrophient. Lorsqu'une portion du cerveau a été détruite par une cause, quelle qu'elle soit, l'innervation n'ayant plus lieu, l'action de l'organe est suspendue, la nutrition cesse, et l'atrophie en résulte. C'est ce que j'ai fréquemment observé chez les idiots qui présentaient une atrophie congéniale des membres: chez eux la portion opposée du cerveau présente toujours une destruction sensible. Ainsi l'inaction de l'organe est la première cause de l'atrophie; le défaut d'innervation et de circulation est lui-même la raison la plus ordinaire de cette inaction. L'organe peut trouver la cause de son inaction dans l'altération même de son parenchyme: c'est

ce que l'on observe à la suite des inflammations, qui ont souvent pour effet, à la suite d'une suppuration résorbée, ou même d'une résolution imparfaite, de rapprocher les molécules organiques, de les appliquer les unes contre les autres, de les rendre plus denses et pour ainsi dire adhérentes les unes aux autres : dans cet état l'organe cesse son action et diminue de volume ; mais si l'inflammation est, dans ce cas, la cause de l'atrophie, ce n'est pas une raison de croire qu'il en soit toujours ainsi. Les exemples que nous venons de citer le prouvent évidemment. Une compression continuelle exercée sur un viscère empêche son développement, son action, et détermine à la longue sa diminution de volume : c'est ce qu'on observe pour le poumon à la suite des épanchements séreux, etc.

Lorsqu'un organe dépasse son volume physiologique au point qu'il ne peut plus exécuter la fonction qui lui est confiée, on dit que cet organe est *hypertrophié*. Cette altération est l'inverse de la précédente sous tous les rapports. Ainsi elle suppose nécessairement une augmentation d'action dans l'organe qu'elle affecte. Cette augmentation d'action peut être simplement physiologique, produite par la volonté, ou bien être nécessitée par quelque obstacle apporté à l'exercice de l'organe. Cette dernière cause, signalée par Corvisart, se rencontre surtout dans l'hypertrophie du cœur ; il

existe presque constamment dans ce cas un obstacle au libre cours du sang dans les vaisseaux ou à son passage dans les diverses cavités du cœur. L'augmentation d'exercice d'un organe détermine l'appel des fluides, et par suite l'accroissement de volume, l'hypertrophie. Il pourrait se faire cependant que l'hypertrophie dépendît simplement d'une disposition native. Ainsi l'on sait que des individus naissent avec des épaules larges, avec des muscles gastrocnémiens développés ; mais il est rare que cette espèce d'hypertrophie congénitale aille jusqu'à gêner, intervertir, suspendre l'exercice des organes.

La plupart de nos conduits et même de nos réservoirs sont susceptibles de *dilatation*. Cette dilatation reconnaît aussi pour cause un obstacle au libre cours des fluides qui circulent dans ces conduits ou qui doivent être expulsés des réservoirs où ils séjournent. Il est à remarquer que presque toujours, dans les cas de dilatation, d'anévrysme des conduits ou des vésicules, leurs parois sont augmentées d'épaisseur. Pour juger de la dilatation de ces organes il faut connaître leur volume dans l'état sain, et le volume relatif de l'individu et des autres organes. Le cœur, les artères et les veines, les bronches, les cellules pulmonaires, l'œsophage, l'estomac, les intestins, les conduits lacrymaux, salivaires, biliaires et la vésicule du fiel, les con-

duits pancréatiques, les uretères, la vessie, l'urèthre, les vésicules spermatiques et leurs canaux déférents, etc., ont été trouvés dilatés et très souvent en même temps augmentés d'épaisseur.

L'état opposé, c'est-à-dire l'*oblitération* des conduits, s'observe fréquemment. Cette oblitération est complète et incomplète. Elle a pour cause, ou l'altération des parois de ces conduits, ou leur compression. Assez généralement, lorsqu'un conduit est oblitéré dans un point, il est dilaté immédiatement au-dessus de l'obstacle, et il n'est pas rare d'observer les deux altérations à la fois; l'ossification des parois artérielles, résultat des progrès de l'âge, est la cause organique la plus ordinaire de l'oblitération plus ou moins prononcée des artères. L'épaississement des membranes qui tapissent les conduits excréteurs rétrécit et oblitère plus ou moins complètement l'aire de ces conduits; les uns et les autres peuvent être comprimés par des corps développés dans leurs parois ou dans leur voisinage, etc.

La *nutrition* des organes peut cesser d'être régulière, soit que cette anomalie résulte de l'inflammation, soit qu'elle dépende d'une cause inappréciée, inconnue, telle que l'infiltration de quelque fluide dans le parenchyme même de l'organe, ou toute autre. Le tissu des viscères perd sa consis-

tance naturelle avec ou sans changement de couleur ; d'autres fois la consistance des organes augmente sensiblement. Ces divers états sont facilement appréciés par ceux qui se livrent avec quelque suite aux travaux d'anatomie pathologique. La comparaison de l'état morbide avec l'état sain les fait reconnaître avec facilité. Souvent ces changements de consistance sont bornés, circonscrits; il est alors facile de les distinguer en comparant la portion malade avec les parties saines. Le cerveau, le foie, et en général les organes parenchymateux, sont exposés à ces altérations, dont les autres organes et les os eux-mêmes ne sont pas exempts.

Lorsqu'un organe contractile a été ulcéré ou simplement altéré dans sa structure par un travail morbide quelconque, et qu'il vient à se contracter vivement, il peut se rompre, se déchirer. Cet accident même peut arriver sans altération préalable de tissu, ainsi que nous l'avons vu pour le cœur. Un vaisseau dont les parois sont ossifiées ou affectées d'une lésion primitive quelconque peut se rompre. Ces accidents graves sont en général faciles à reconnaître; cependant si le vaisseau rompu est d'un petit volume et profondément situé dans le tissu même d'un organe, il est quelquefois impossible de le découvrir : l'épanchement de sang est la seule présomption que l'on puisse avoir sur l'existence de cette altération, et nous avons vu

que ce signe ne suffisait pas pour établir cette existence d'une manière incontestable.

Nous passerons sous silence les phénomènes organiques produits habituellement par le travail inflammatoire, pour ne pas tomber dans des répétitions superflues.

L'*anémie* d'un organe, ou l'absence de sang dans cet organe, est déterminée par deux causes : la première, la plus évidente, la plus efficace, est sans contredit une perte considérable de sang, naturelle, accidentelle ou provoquée par l'art ; la seconde est le défaut de réparation, l'abstinence des aliments et l'usage exclusif de l'eau. Les signes organiques de l'anémie sont la pâleur, la décoloration des organes et des tissus, l'affaissement des vaisseaux, lesquels ne contiennent plus ou du moins que très peu de sang ; en les comprimant on a beaucoup de peine à provoquer l'issue d'une très faible quantité de ce fluide.

Dans la *pléthore*, la *polyæmie*, au contraire, ces mêmes organes sont rouges, colorés ; lorsqu'on les coupe, on voit sourdre, par les orifices béants des vaisseaux, une multitude de gouttelettes de sang. Les vaisseaux d'un certain calibre sont dilatés, développés, remplis de sang. Cette pléthore peut être portée à un haut degré, être arrivée plus ou moins

rapidement : c'est la congestion, le coup de sang, etc.

Mais, ainsi que nous l'avons dit souvent, le sang ne pèche pas seulement par excès et par défaut, il est aussi altéré dans sa nature. Les causes, les phénomènes fonctionnels et organiques du scorbut, l'aspect du sang dans cette maladie, comme dans une foule d'autres, bien différent de celui du sang dans l'état physiologique, étaient bien suffisants pour nous faire reconnaître son altération ; mais les expériences que M. Leuret a faites à Charenton sur les chevaux ne permettent pas de révoquer en doute l'altération de ce fluide dans plusieurs affections, et par l'insertion de divers principes vénéneux et vireux. L'insertion du virus charbonneux a déterminé les accidents du charbon. L'insertion d'un liquide putréfié détermine entre autres symptômes la chassie des paupières, l'injection, l'infiltration jaune de la conjonctive; et à l'ouverture du cadavre, le cœur, les poumons, le foie, la rate, le canal digestif, et quelquefois même les nerfs pneumo-gastriques, sont remplis d'ecchymoses. Le sang contenu dans les troncs veineux et les cavités droites du cœur est noirâtre, reste liquide, ou s'il se coagule il ne se présente jamais sous la forme d'un corps d'une certaine densité; il est caillebotté et sans cohésion. Ce résultat est basé sur les expériences que M. Dupuy

a faites depuis vingt ans, et que M. Leuret a répétées avec lui. Une matière putride donne donc lieu à des altérations constantes, et ces altérations sont en tout semblables à celles qui existent dans le charbon inoculé, elles siègent toutes dans le système sanguin. Le charbon spontané présente les mêmes phénomènes cadavériques.

Les expériences de M. Leuret lui ont appris que le sang tiré de la veine d'un animal charbonneux donne au bout de deux heures des signes chimiques de putréfaction ; il produit un précipité blanc floconneux dans de l'eau de chaux, et laisse dégager de l'acide carbonique, tandis que le sang fourni par un animal sain ne donne lieu aux mêmes phénomènes que trente-six heures après qu'il a été tiré de la veine.

Le contact du sang d'un animal charbonneux avec les parties mises à nu d'un cheval sain a produit des signes de charbon au bout d'une heure, et l'animal est mort au quatrième jour, avec toutes les altérations de l'affection charbonneuse. La transfusion du sang d'un cheval atteint de charbon, dans la veine jugulaire d'un cheval sain, a fait succomber celui-ci au bout de sept jours avec les mêmes phénomènes. Ce médecin a obtenu les mêmes résultats avec des portions d'organes imprégnées de sang, du poumon par exemple

Le sang d'un animal sain, introduit dans les voies circulatoires d'un autre animal, ne détermine

aucun accident; celui d'un autre animal vivant ou mort charbonneux est un poison spécifique pour les autres chevaux. Ces preuves directes doivent nous confirmer dans cette opinion, que le sang est susceptible d'être altéré dans sa composition.

M. Breschet a vu des tubercules véritables dans un caillot de sang renfermé dans une des oreillettes du cœur; M. Guersent a rencontré de la véritable suppuration dans un caillot semblable, et un autre médecin croit avoir trouvé une masse d'encéphaloïde dans une concrétion sanguine contenue dans la veine-cave.

D'après ces considérations, n'est-il pas vraisemblable que dans le typhus, la peste, la fièvre jaune, la pustule maligne, et dans une multitude de phlegmasies avec spécificité, il existe une altération pareille? L'injection dans le sang d'un grand nombre de substances vénéneuses, toxiques, etc., ayant déterminé toujours des altérations identiques dans le sang et dans les organes, vient encore apporter un nouvel appui à ces considérations. Espérons que par des recherches ultérieures toutes les altérations des fluides pourront être appréciées avec rigueur, et, en nous convaincant qu'il ne peut pas n'exister qu'une seule médication, nous conduiront à une thérapeutique rationnelle, et partant plus souvent efficace.

Les altérations des autres fluides ne sont pas à beaucoup près aussi connues que celles du sang;

nous sommes borné à dire qu'elles sont probables. Les scrofules ne seraient-elles que la pléthore lymphatique ? ne seraient-elles que l'inflammation des vaisseaux blancs ? l'une de ces altérations ne serait-elle que l'effet de l'autre ?

Nous avons parlé naguère de l'accumulation de sérosité dans les diverses cavités splanchniques, dans le tissu cellulaire et le parenchyme des organes, nous n'y reviendrons pas.

Quant à l'accumulation de la graisse, on l'observe fréquemment, mais il est difficile de déterminer le degré où elle cesse d'être un état physiologique. Elle gêne plus ou moins le jeu des organes, et peut aller jusqu'à le suspendre. Ses effets varient beaucoup, suivant le lieu qu'elle occupe. Il est rare que cette accumulation graisseuse soit générale : chez les uns, c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'elle prédomine, et chez eux c'est à la face, à la poitrine, ou à l'abdomen, quelquefois aux membres ; chez les autres, ce sont les viscères intérieurs qui sont enveloppés de graisse ou transformés presque en entier en cette substance : tel est le cœur chez quelques individus, le foie chez d'autres ; les médiastins, l'épiploon, peuvent aussi en contenir des quantités considérables. L'accumulation de la graisse a reçu différents noms, suivant les lieux qu'elle occupe : on l'appelle polysarcie lorsqu'elle est extérieure et presque géné-

rale ; physconie lorsqu'elle occupe l'abdomen, etc.

L'air s'infiltre dans nos tissus, mais rarement. Le tissu extra-vésiculaire du poumon le reçoit dans quelques maladies accompagnées de grands efforts respiratoires. Il se loge dans le tissu cellulaire des membres, du thorax, etc., dans les plaies pénétrantes du poumon. Enfin, je l'ai vu plusieurs fois se développer spontanément sans ces causes et sans gangrène préalable. Il est vraisemblable que dans ce dernier cas, ainsi que dans les cas de gangrène et de putréfaction, cette infiltration gazeuse n'est pas de l'air proprement dit, mais le résultat d'une exhalation morbide. Nous savons déjà que les caractères de cette altération sont la tension, la rénitence de la partie, son éclat, sa pâleur, et surtout le bruit de crépitation.

Les dépôts de matières colorantes sur le corps muqueux caractérisant la plupart des taches de la peau, sur les membranes muqueuses, etc., doivent peu nous occuper, vu leur innocuité. Nous devons aussi renvoyer les concrétions albumineuses aux altérations produites directement par l'inflammation. Les concrétions fibrineuses qu'on trouve souvent dans le sang contenu dans les gros vaisseaux et dans les cavités du cœur méritent peu d'attention dans l'état actuel de la science ; mais il n'en est pas de même des dépôts calcaires et des calculs.

On rencontre souvent dans le tissu des organes, dans le poumon, dans les abcès, dans les corps fibreux de l'utérus, dans le foie, dans les articulations, dans le cerveau, sur les membranes, etc., etc., des dépôts d'un aspect irrégulier qu'on doit distinguer d'une véritable ossification morbide dont nous allons parler bientôt. Ces espèces de *pétrifications* sont dures, sèches, friables, irrégulières, anguleuses, opaques, grises. Ces pierres ossiformes adhèrent aux organes, sont incrustées dans leurs tissus. Au reste la forme, la consistance et la couleur de ces productions accidentelles varient beaucoup, et s'éloignent plus ou moins des os naturels. J'ai eu occasion de trouver dans le foie d'une femme morte d'une hypertrophie du cœur, un kyste osseux de la grosseur du poing ; ce kyste était une hydatide ossifiée, j'en ai acquis la certitude en le sciant. L'intérieur était rempli par des hydatides membraneuses, contenant un fluide gélatineux, transparent, verdâtre. Ainsi nous rangeons dans cette section toutes les productions ossiformes véritablement morbides et qui s'éloignent de l'ossification naturelle. L'ossification pour ainsi dire physiologique d'un organe, telle que celle des parois des vaisseaux, des cartilages du larynx et autres, diffère essentiellement de celle-ci et sera traitée en parlant des tissus analogues. On doit considérer l'exostose comme une espèce d'ossification morbide.

Des corps solides, plus ou moins durs ou volumineux, de couleurs et de figures variables, anorganiques, se forment aussi dans les humeurs contenues dans les réservoirs, les conduits de l'économie animale, et sont connus sous le nom de *calculs*.

Ceux que l'on trouve dans la vésicule et dans les conduits biliaires sont sans contredit les plus fréquents. Leur nombre est quelquefois infini, et souvent il n'en existe qu'un. La couleur de ces calculs est très variable : ils sont bruns, noirs, verts, fauves, jaunes, blanchâtres; leur surface est lisse, polie, resplendissante, aplatie, ou bien ronde, bossclée, irrégulière, etc. ; leur volume est celui d'un œuf de poule ou d'un grain de millet; ils sont striés, rayonnés, lamelleux, recouverts d'une écorce, formés de couches concentriques. La cholestérine, la matière jaune de la bile et quelquefois un peu de picromel les constituent dans l'homme. Ces calculs se forment d'une manière insensible, sans inflammation préalable, et n'occasionent des accidents que lorsqu'ils empêchent l'écoulement de la bile dans le duodénum. Bien des gens meurent sans en avoir éprouvé le moindre inconvénient.

Après les calculs biliaires ceux qui affectent l'homme le plus fréquemment ce sont les calculs urinaires. Ils se trouvent dans tout le trajet des

voies urinaires, depuis les reins jusqu'au prépuce inclusivement, et aussi dans les conduits urinaires accidentels. Les calculs des reins revêtent la forme des parties où ils séjournent; ils sont arborisés comme le corail. Ils offrent les mêmes variétés de formes, d'agrégation, de couleurs, de consistance, de nombre que les précédents; cependant dans le plus grand nombre des cas le calcul est unique, jamais on n'en compte un aussi grand nombre que dans la vésicule, et quelquefois ils atteignent le volume d'une tête de fœtus à terme, et peuvent peser jusqu'à six livres (1). On a remarqué que leur centre était constamment formé par un noyau, tel qu'un corps étranger, un gravier, un caillot de sang, du mucus, du pus, etc. Ils peuvent être composés de quelques uns des principes suivants : d'acide urique, d'oxyde cystique, de phosphate de chaux, d'urate d'ammoniaque, de phosphate ammoniaco-magnésien, d'oxalate de chaux, de silice, de carbonate de chaux, d'oxyde xanthique, de matières fibrineuses, de mucus, de phosphate de fer, de magnésie, de carbonate de magnésie, d'urate de soude. Tous ces principes ne se rencontrent pas avec la même fréquence. La silice, l'oxyde cystique, l'oxyde xanthique, la fibrine sont les plus rares dans les calculs.

Il est rare de trouver des calculs intestinaux

(1) Béclard, *Anat. génér.*, pag. 706.

dans l'homme ; mais on en trouve quelquefois dans les follicules muqueux, dans les voies lacrymales, les amygdales, la prostate, les glandes salivaires et le pancréas : ce sont en général des dépôts de phosphate de chaux mêlé à du mucus animal.

Le *tissu cutané* se produit quelquefois accidentellement. Ce tissu n'est pas parfaitement identique à la peau dans l'état sain, mais il est au moins fort analogue à cette membrane. Après une perte de substance sur un endroit superficiel, on ne tarde pas à apercevoir l'organisation d'une nouvelle peau qui présente beaucoup d'analogie avec la peau saine. Il se forme d'abord une couche plastique semblable à celle des fausses membranes ; elle s'organise bientôt, se couvre de granulations rouges. Cette surface membraneuse est cellulaire, vasculaire, très contractile, sensible, absorbante, sécrète du pus, s'ulcère avec facilité, et se reproduit promptement ; elle diminue de jour en jour d'étendue ; la sécrétion du pus décroît proportionnellement, cesse complètement, et l'on aperçoit la formation d'une pellicule tégumentaire, qui, mince, rouge d'abord, finit après un certain temps par prendre l'apparence de la peau. On y trouve toutes les couches des téguments, l'épiderme, le corps muqueux, le derme.

Les membranes muqueuses exposées à l'influence des agents extérieurs finissent par revêtir les caractères de la peau. C'est ainsi que j'ai vu chez des femmes avancées en âge, affectées depuis long-temps de prolapsus du vagin, de l'utérus, ou du rectum, les membranes muqueuses, qui couvraient ces organes, blanches, consistantes, polies, couvertes d'un véritable épiderme, enfin offrant la plus grande ressemblance avec la peau.

Lorsqu'il se forme un abcès intérieur et que le pus rassemblé dans le foyer y séjourne pendant un certain temps, les parois de ce foyer se couvrent d'une membrane rouge, mollasse, présentant toute la texture d'une *membrane muqueuse* accidentelle. Les trajets fistuleux sont revêtus d'une membrane de la même nature, et dans celles-ci on aperçoit distinctement vers l'orifice extérieur, à une distance plus ou moins considérable, un épiderme qui se continue avec celui de la peau.

Il est indubitable qu'il peut naître accidentellement un *tissu celluleux*. Les adhérences qui existent entre les surfaces libres des plèvres ne permettent nullement d'en douter. Ces adhérences, plus ou moins nombreuses et étendues, se font quelquefois au moyen d'un tissu tellement dense, qu'on lui a donné, mais improprement, le nom

de *ligamenteux*. J'ignore si le véritable tissu ligamenteux destiné à consolider les articulations peut être produit accidentellement.

Il n'en est pas de même des productions véritablement *cartilagineuses*, on les observe fréquemment. Il n'est peut-être pas de médecin qui n'ait souvent vu la surface de la rate couverte d'un tissu d'un blanc mat, nacré, resplendissant, élastique, repoussant l'instrument qu'on y insère, enfin présentant la plus grande ressemblance avec les cartilages des articulations. J'ai vu des cartilaginations semblables sur la plèvre. Il est vraisemblable que dans ce cas il y a eu d'abord exsudation de fausse membrane fibrineuse et albumineuse, laquelle a contracté des adhérences avec la plèvre, et a fini par s'organiser en cartilage. J'ai souvent vu des points osseux dans ces membranes cartilagineuses, et même je les ai vues entièrement converties en plaques osseuses; de sorte que je suis porté à croire que la cartilagination dans ce cas n'est que le premier degré de l'ossification, exactement comme dans l'ordre physiologique. Il est fort douteux que la formation en cartilage ait lieu par une véritable transmutation, il est plus probable que la membrane séreuse ou autre reste intacte, et que c'est une pseudo-membrane qui revêt les qualités de cartilage et d'os. J'ai pu dans quelques circonstances reconnaître que la plèvre

était saine sous une plaque osseuse que j'étais parvenu à enlever.

Rien n'est plus fréquent peut-être que l'ossification des organes, et cela par les seuls progrès de l'âge; et la plus commune de toutes est celle qui s'effectue dans les parois des vaisseaux. La matière calcaire s'y dépose graduellement, forme des plaques plus ou moins épaisses, plus ou moins étendues; la surface libre est quelquefois lisse, resplendissante, d'autres fois rugueuse: on enlève ces os en forme de lames, en forme d'ongles ou de demi-cerceaux; leurs fibres paraissent circulaires dans certains cas, et dans d'autres inextricables. Les valvules aortiques, auriculo-ventriculaires, etc., sont très communément le siége de semblables ossifications; les tissus fibreux paraissent en général les plus propres à s'ossifier. Les tumeurs fibreuses de l'utérus et des ovaires contiennent souvent des concrétions osseuses considérables : on en trouve dans la dure-mère, dans les membranes rachidiennes, etc. La ressemblance de l'ossification morbide avec l'ossification physiologique est toujours plus ou moins imparfaite. Ces espèces d'os sont ordinairement dépourvus de périoste, de membranes synoviales, etc. On en a cependant quelquefois rencontré qui présentaient tous les caractères d'os véritables.

Les actes primitifs de l'organisme nous étant

entièrement dérobés, chercher la cause de l'ossification et la manière dont elle s'opère serait entièrement superflu. Les efforts tentés dans ces derniers temps par Hérissant, Scarpa, Mascagni, Bichat et autres n'ont abouti qu'à produire des hypothèses plus ou moins ingénieuses. Nous sommes réduits à supposer que les extrémités artérielles viennent déposer la matière osseuse dans le tissu devenu apte à la recevoir; mais que peut nous apprendre une pareille assertion? Récemment on a avancé que l'ossification était le résultat de l'inflammation, de l'irritation. Je crois que cela arrive souvent de la sorte. Je crois qu'à la suite d'un travail inflammatoire, de nouvelles productions accidentelles des membranes peuvent s'ossifier; mais je suis loin de croire que cela se passe toujours ainsi, et je ne regarderai jamais l'ossification sénile comme le résultat d'une inflammation, à moins qu'on ne considère l'accroissement comme l'effet d'une inflammation. L'ossification sénile est un résultat de la nutrition pervertie, et point celui d'une inflammation. Lorsque l'ossification est le résultat d'une inflammation, nous ne savons pas davantage par quel mécanisme elle s'opère.

On doit regarder, avons-nous dit, les *exostoses* comme de véritables ossifications morbides, et nous pensons qu'elles résultent d'un travail inflammatoire développé dans le périoste.

Nul doute que le *tissu vasculaire* ne se produise accidentellement. Lorsque l'inflammation a déposé sur la surface libre d'une membrane une couche fibrineuse et albumineuse, celle-ci perd tous les jours de sa mollesse ; elle acquiert de la consistance : enfin au bout de quelque temps on distingue des vaisseaux extrêmement ténus qui rampent dans cette nouvelle membrane. Les extrémités des vaisseaux capillaires de la membrane sous-jacente paraissent s'être alongés par une véritable végétation, et avoir pénétré dans la production pseudo-membraneuse. Des expériences directes et bien connues, qu'il serait trop long de citer ici, démontrent de la manière la plus incontestable la reproduction du tissu vasculaire détruit, et la formation de nouveaux organes de circulation. Il est facile de voir des artères et des veines d'un calibre considérable sur des tumeurs volumineuses développées sur la surface du corps.

Nous devons placer ici le *tissu érectile accidentel* qui se développe si souvent dans plusieurs parties du corps. On trouve ce tissu dans l'épaisseur de la peau et des membranes muqueuses. On le trouve sous l'aspect d'une masse plus ou moins volumineuse, ordinairement bien circonscrite, séparée par sa forme, son volume et sa couleur, des parties voisines. Ce tissu se montre sous la forme de tumeurs bosselées, inégales, bleuâtres, parfois

légèrement pulsatives, contenues dans une espèce d'enveloppe fibreuse, présentant à l'intérieur une multitude de cellules inextricables, remplies de sang, résultant de l'anastomose d'artères et de veines presque capillaires et prodigieusement nombreuses. Ce tissu est souvent congénital, quelquefois accidentel ; il croît ou reste stationnaire ; il peut s'altérer, se rompre, et produire des hémorrhagies graves. Il affecte principalement la peau du visage, les lèvres, le rectum, les organes génitaux chez la femme, etc. ; son mode de formation est tout aussi inconnu que le précédent.

Des productions vraiment *cornées*, ayant la plus grande ressemblance avec les ongles de certains oiseaux, les griffes des *feles*, etc., pouvant acquérir le volume du doigt indicateur, se développent chez les vieillards, principalement sur divers points de leur surface cutanée ; mais cette production accidentelle, plus curieuse, plus singulière qu'utile à étudier, doit simplement être mentionnée ici.

L'étude des *tubercules* mérite une attention bien plus sérieuse. C'est une des productions accidentelles morbides les plus fréquentes et qui occasionent les plus grands ravages. Il est exact de dire que les tubercules déciment l'espèce humaine, et cette proportion est peut-être encore au-dessous de la vérité. Aussi les médecins mo-

dernes se sont-ils occupés de cette production morbide d'une manière spéciale. Bayle (1) fit des recherches très remarquables sur ce sujet ; il eut l'avantage d'ouvrir pour ainsi dire la carrière, ce qu'on avait fait avant lui étant très imparfait. Laennec poursuivit ces travaux ; et Béclard (2) en donna une description abrégée mais complète. Depuis, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur les tubercules. Nous devons distinguer parmi eux M. Léveillé neveu, qui, en traitant des tubercules du cerveau, a parlé de ceux qui affectent les autres organes ; M. Louis, médecin très exact dans ses recherches, et d'un mérite remarquable ; enfin M. Andral, qui enrichit tous les jours la science d'observations intéressantes. Nous ne devons pas omettre M. Broussais, qui, en attribuant leur formation à l'irritation et à l'inflammation a du moins soutenu avec le talent qui le caractérise une hypothèse ingénieuse. Tous ces auteurs sont loin d'être d'accord sur tous les points de l'histoire des tubercules. Sans entrer dans des discussions qui toujours entraînent trop loin, surtout dans un

(1) *Journal de méd., chir. et pharm.*; germinal an XI, tome VI, page 3; et *ibid.*, ventôse, an XIII, page 427; et germinal même année, tome X, page 32. *Remarques sur les tubercules enkystés et non enkystés*; et *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, page 21 et suiv.

(2) *Éléments d'anatomie générale*, par P.-A. Béclard, profess. d'anat., etc., page 711, Paris, 1823.

ouvrage élémentaire, nous nous bornerons à donner les traits principaux qui les distinguent.

La production accidentelle connue sous le nom de tubercule présente un aspect différent suivant l'époque à laquelle on l'examine, selon son âge, si l'on peut s'exprimer ainsi. Laennec, Béclard et M. Louis pensent que les granulations de Bayle ne sont que le premier degré des tubercules. Ces granulations sont ordinairement du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé, dures, criant sous le scalpel, semi-transparentes, brillantes, et semi-cartilagineuses ; elles garnissent en nombre considérable le sommet du poumon ; elles sont moins abondantes vers la base. Dans le principe, elles paraissent comme rougeâtres et molles ; elles prennent peu à peu la consistance et l'aspect que nous venons de décrire : enfin elles deviennent blanches et opaques vers le centre, ou vers un point quelconque de leur étendue. Elles paraissent d'ailleurs d'abord isolées, puis réunies en grappe, etc. Leur siége spécial est le poumon. On rencontre à la surface libre des membranes séreuses des espèces de granulations, mais elles n'ont avec les véritables granulations qu'une ressemblance grossière. Ce qui a conduit à penser que les granulations n'étaient que le premier degré de l'affection tuberculeuse, c'est que les granulations deviennent blanches et opaques vers leur centre, et que dès lors on peut les con-

sidérer comme se transformant en tubercules.

M. Andral ne partage pas cette opinion, mais les raisons qu'il donne ne me paraissent pas très claires et très concluantes ; et quoique je me range du parti de Bayle, que M. Andral a adopté, je pense en avoir trouvé un motif plus puissant que ceux sur lesquels il se fonde. Lorsqu'un individu succombe à la phthisie pulmonaire, on trouve des tubercules à tous les degrés de développement. Il en est de fondus, qui ont laissé des cavités vides; il en est de ramollis, il en est à l'état de crudité ; il en est enfin de très petits, à peine perceptibles, mais blancs et opaques, et dont la ténuité est telle qu'ils paraissent bien n'avoir jamais eu d'autre forme. Pourquoi donc ne trouve-t-on pas toujours des granulations grises, dures, demi-transparentes ? Pourquoi n'en trouve-t-on partout où la matière tuberculeuse s'infiltre ? Pourquoi les tubercules des ganglions lymphatiques, ceux du mésentère, du cerveau, etc., ne présentent-ils pas toujours à leur premier degré l'aspect des granulations ? Nous avons eu occasion de voir un individu mort avec les signes d'une phthisie pulmonaire, dont les poumons étaient durs, compactes, criant sous le scalpel, qui avait de la peine à les diviser ; un examen attentif ne fit découvrir aucun tubercule, il n'existait que des granulations, mais en quantité innombrable. Je pense que si cette dégénérescence était le premier degré du tubercule, on

en rencontrerait chez tous les phthisiques, de même qu'on rencontre des tubercules crus : or l'observation démontre que le contraire a lieu dans un grand nombre de cas. Les granulations de Bayle nous paraissent donc aussi une altération particulière. M. Louis, qui a cependant fait de nombreuses ouvertures de corps, et qui peut être regardé comme une autorité sous ce rapport, dit n'avoir rencontré que deux fois des tubercules sans granulations, et cinq fois des granulations sans tubercules. Il ajoute de plus que sur le même poumon on trouve, en remontant de la base au sommet, d'abord des granulations transparentes, plus haut des granulations troubles, louches, blanches vers le centre, et plus haut enfin des tubercules véritables à divers degrés de ramollissement. Je ne sais jusqu'à quel point ces faits sont concluants.

Ces granulations finissent par altérer le parenchyme des organes où elles se développent, se revêtent d'une couche albumineuse membraniforme, et souvent même d'une membrane distincte qui tapisse les parois de l'ulcération et qui sécrète du pus.

Le tubercule proprement dit est toujours opaque. C'est improprement qu'on lui a donné le nom de *tissu accidentel*, puisqu'il ne présente ni fibre, ni vaisseaux, ni rien qui ressemble à une texture quelconque. (M. Andral.) Des corpuscules arrondis, oblongs, du volume d'un grain de millet, mais

pouvant acquérir le volume du poing dans certains organes; d'une substance d'un blanc sale, jaunâtre, grisâtre, ordinairement friable, mais plus ou moins consistante suivant l'époque où on l'examine, entourée ou non d'un kyste; quelquefois réunis en nombre considérable, d'autres fois presque isolés : telles sont les productions auxquelles on a donné le nom de tubercules. Mais ces tubercules se présentent sous divers états que nous devons faire connaître. D'après Bayle ils sont d'abord très fermes, puis ils se ramollissent vers leur centre, qui se transforme en une matière purulente, grumeleuse; enfin ils disparaissent par la suppuration, et l'on trouve à leur place une cavité ulcérée, plus ou moins étendue, irrégulière, paraissant souvent tapissée d'une membrane, et d'autres fois offrant le tissu même du poumon plus rouge et plus consistant que dans l'état naturel. Il est alors manifeste que le parenchyme pulmonaire lui-même est altéré. Cette altération fait des progrès plus ou moins rapides. Ces ulcérations peuvent se réunir, et former des cavités anfractueuses très étendues; on aperçoit sur leur surface l'extrémité de tuyaux bronchiques de diverses grosseurs, ainsi que l'ouverture de communication de ces cavités entre elles. La membrane qui tapisse la cavité tuberculeuse est ordinairement blanchâtre, nacrée, demi-muqueuse, sécrétant du pus ou une mucosité transparente;

dans quelques cas très rares les parois semblent se rapprocher, contracter des adhérences, et former une véritable cicatrice. Dans d'autres cas cette membrane devient dure, demi-cartilagineuse, et constitue les parois d'une espèce de fistule aérienne sèche. Telles sont les diverses phases des tubercules proprement dits. M. Andral pense que les tubercules commencent par être d'abord très mous et analogues à du pus infiltré dans les lobules pulmonaires; qu'ils envahissent petit à petit ces lobules, prennent de la consistance, qu'il en résulte alors une grosse masse blanchâtre dite tubercule, qui n'est autre chose qu'un lobule successivement envahi par les points blancs. Nous craignons que le désir de ne voir qu'une sécrétion morbide dans la production du tubercule n'ait influé sur cette description. Les tubercules crus très petits, isolés, ne nous ont pas présenté l'aspect qu'on leur prête ici. Les points blancs que l'on observe dans l'hépatisation grise ne nous ont jamais présenté d'analogie avec de véritables tubercules.

Ces tubercules se développent le plus ordinairement dans le poumon, mais il n'est peut-être pas d'organe qui en soit exempt. On en trouve dans le tissu cellulaire naturel et accidentel, sur les membranes muqueuses, à la surface des séreuses, dans les ganglions lymphatiques, dans les os, les muscles, les organes parenchymateux, tels que le cerveau, la moelle épinière, le foie, la rate, le

pancréas, le cœur, etc., et suivant ces siéges divers le tubercule revêt une variété particulière de forme.

Une question importante se présente, et nous ne pouvons guère la passer sous silence. Quelle est la cause productrice des tubercules? Sont-ils le résultat, la suite d'une inflammation? sont-ils des corps d'une nature spéciale? ou enfin sont-ils l'effet d'une sécrétion morbide, ainsi qu'on l'a avancé récemment?

Une autre question est de savoir s'il y a transformation de la substance pulmonaire, ou simplement infiltration interstitielle de matière tuberculeuse.

Les médecins qui admettent que les tubercules sont une production phlegmasique se sont d'abord appuyés sur l'analogie : ils ont fait remarquer que les ganglions lymphatiques s'engorgeaient, devenaient durs, tuberculeux en un mot, lorsqu'il existait une inflammation dans un organe d'où naissaient leurs radicules lymphatiques. Ils ont fait voir que, lorsqu'il existait à la main un travail inflammatoire, les vaisseaux lymphatiques s'enflammaient aussi, qu'une trace rougeâtre, rosée, suivait leur trajet, que les ganglions de l'aisselle se tuméfiaient, durcissaient, enfin prenaient l'apparence tuberculeuse; que quelquefois ils s'enflammaient, se ramollissaient, suppuraient, etc. Ils ont fait remarquer ces effets extérieurs sur les

membres ; puis, passant à l'examen des viscères intérieurs, ils ont fait voir que lorsque la membrane muqueuse gastro-intestinale était enflammée et surtout d'une manière chronique, les glandes mésentériques s'engorgeaient et prenaient l'aspect que nous venons de décrire. Après avoir fait ressortir la ressemblance qui existe entre ces engorgements lymphatiques et les productions tuberculeuses, ils ont pensé et affirmé que les tubercules n'étaient pas autre chose, que leur formation avait toujours lieu de cette manière, et que les tubercules du poumon n'étaient autre chose que l'engorgement inflammatoire des vaisseaux lymphatiques de cet organe, consécutif pour la plupart du temps à l'inflammation du tissu pulmonaire ou des bronches. Partant toujours du même principe, ils ont rejeté les tubercules scrofuleux comme maladie particulière, et les ont regardés comme l'effet de l'inflammation des vaisseaux et des glandes lymphatiques. Leur conclusion naturelle a été que le traitement anti-phlogistique était seul convenable; que jusqu'à ce jour ces maladies avaient été mal traitées; que l'insuccès dépendait de ce qu'on ne mettait pas en usage un traitement débilitant assez rigoureux et principalement dans le principe, etc. Ces opinions, soutenues et développées avec talent, comptent beaucoup de partisans, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elles sont très spécieuses; mais

comme leur adoption ou leur rejet peut avoir les plus grandes conséquences, il est important de ne pas se laisser entraîner par ce qu'elles offrent de séduisant, et de les examiner sévèrement et avec impartialité.

Une multitude de raisons se présentent pour combattre cette manière de voir. Les tubercules ne peuvent pas être la suite de la pneumonie, d'abord parceque dans la très grande majorité des cas il n'a pas existé de pneumonie. Sur quatre-vingts phthisiques observés par M. Louis, trois seulement avaient eu des pneumonies quatre ans avant de mourir, et quatre avaient eu la même maladie trois, six et même quinze ans avant l'apparition de la phthisie. On a répondu à cela que la pneumonie avait été latente; mais elle l'a donc été soixante-treize fois sur quatre-vingts. Avouons qu'il faut avoir un grand penchant pour une opinion pour se payer de semblables raisons. De plus on a fait observer que les tubercules occupaient toujours le sommet du poumon, c'est-à-dire la partie que n'occupe jamais ou du moins très rarement la pneumonie; que dans la phthisie les tubercules se rencontraient également dans les deux poumons, et la pneumonie très rarement; que les tubercules étaient héréditaires et non la pneumonie chronique. Alors ces médecins ont abandonné cette opinion pour se rejeter sur le catarrhe pulmonaire; et, ne pouvant plus regarder

la phthisie comme une pneumonie chronique, ils l'ont considérée comme l'effet du catarrhe. Ici les apparences leur étaient plus favorables; mais d'où vient que beaucoup de gens qui ont des catarrhes chroniques n'ont pas de tubercules? D'où vient que la phthisie survient sans catarrhe préalable? Enfin d'où vient (et c'est ici la plus puissante de toutes les raisons), d'où vient que chez nos vieillards, où rien n'est plus fréquent que les phlegmasies chroniques du poumon, il n'existe jamais de tubercules, que la phthisie y est une maladie si rare? Les premiers symptômes de la phthisie ressemblent fort au catarrhe chronique; de là les auteurs que nous réfutons ont conclu que le catarrhe précédait les tubercules. Nous nous croyons tout aussi bien autorisé à regarder la toux comme le résultat de la présence de ces corps. A la mort ils ont fréquemment vu les bronches malades, ils en ont conclu qu'elles l'avaient été primitivement; mais nous croyons être tout aussi bien autorisé à ne regarder ces inflammations que comme consécutives. Les membranes bronchiques ne sont pas toujours malades, on les a trouvées saines dans le voisinage de tubercules et même de cavités tuberculeuses. Lorsqu'il se développe des tubercules dans d'autres organes, ils ne sont pas en général précédés de phénomènes inflammatoires. Enfin on trouve des tubercules crus au milieu d'un tissu organique très sain, où il n'existe pas

la moindre apparence, pas la moindre trace d'inflammation et de congestion. De plus on rencontre des cavités considérables, par conséquent très anciennes, autour desquelles on trouve des traces d'inflammation, mais si peu étendue et d'un aspect si récent, qu'on ne peut les regarder que comme des effets et non comme des causes. Nous pourrions ajouter encore une multitude d'autres preuves. Bornons-nous à examiner la structure anatomique du tubercule et celle des ganglions lymphatiques, et voyons s'ils procèdent de la même manière. Lorsque le ganglion lymphatique est engorgé et qu'il s'enflamme, cette inflammation a lieu de la circonférence au centre. Le pourtour de ce ganglion se gonfle, devient douloureux, rougit, enfin il survient de la suppuration et le ganglion est entraîné par cette fonte purulente. Lorsque le tubercule se ramollit, c'est ordinairement du centre à la circonférence, et rarement de la circonférence au centre; il détruit peu à peu les tissus environnants, il creuse une cavité, établit une communication avec une ouverture bronchique, etc. Enfin, si nous voulons nous appuyer des effets du traitement, nous voyons que les anti-phlogistiques, loin de guérir les phthisiques, ne font qu'accélérer leur perte. Si la maladie était essentiellement inflammatoire, et rien qu'inflammatoire, ce traitement devrait déjà compter de nombreux succès depuis qu'on le vante et qu'on le met en usage. Nous

n'avons aucune connaissance de faits de ce genre ; les cas où on a pu l'employer sont cependant loin d'être rares. Concluons que l'affection tuberculeuse n'est point la suite d'une inflammation, mais bien une altération organique particulière.

Maintenant cette altération est-elle le résultat d'une sécrétion morbide ? C'est l'opinion d'un jeune médecin distingué ; il s'appuie sur ce que la matière tuberculeuse s'est toujours présentée à lui comme un simple produit de sécrétion. Primitivement liquide, elle se solidifie ensuite, comme par une sorte de cristallisation, à mesure que sont résorbées ses particules les plus fluides. Dans ce produit on ne trouve ni vaisseaux, ni canaux, ni aréoles, ni fibres, ni lames, rien en un mot qui rappelle l'idée de l'organisation. Les dernières ramifications bronchiques, le tissu cellulaire qui environne les lobules pulmonaires, lui paraissent être le siége le plus ordinaire de l'infiltration tuberculeuse. Mais si telle est en effet le mode de production du tubercule, qu'est-ce que cette disposition de l'organisme qui fait sécréter de la matière tuberculeuse? Il nous semble que la difficulté n'est tout au plus que reculée, et qu'il faut toujours admettre une disposition spéciale. Ainsi, que le tubercule soit le résultat d'une sécrétion, ou d'une espèce de végétation, etc., ce n'en est pas moins un état morbide particulier.

Dans le principe des tubercules, lorsqu'ils sont

encore rudimentaires, le tissu pulmonaire ambiant paraît sain; mais par la suite ce tissu paraît bien évidemment altéré; nous avons cependant trouvé dans le cerveau des masses tuberculeuses assez considérables, qui paraissaient n'avoir que comprimé les parties voisines; on les détachait facilement sans altérer la substance de l'encéphale.

Nous avons cru devoir donner quelques développements à la description des tubercules, à cause de leur fréquence, et des discussions dont ils ont été le sujet; nous nous étendrons moins sur les autres altérations morbides.

La *mélanose* a été rangée parmi les cancers, nous pensons qu'elle a peu de rapports avec cette dégénérescence morbide. Comme son nom l'indique, la mélanose est une production morbide, caractérisée principalement par sa couleur noire. L'attention des médecins a été fixée sur cette matière depuis le commencement de ce siècle. Des masses noires qui varient pour leur volume depuis une extrême petitesse jusqu'à une grosseur considérable, mais encore indéterminée, isolées, enveloppées d'un kyste ou simplement infiltrées dans les tissus, à l'état solide ou liquide, disséminées en plaques à la surface des membranes, constituent la production accidentelle dont nous parlons.

La mélanose existe en masse, peut être brune, bistre, très noire; elle colore le linge et le papier

comme l'encre de Chine; elle est ronde, oblongue, mamelonnée, lobulée, irrégulière, lamelleuse; de la consistance du suif ou des ganglions lymphatiques. Il n'est pas certain que la mélanose subisse un travail de ramollissement; il est rare qu'elle soit entourée d'un kyste, et lorsqu'on a cru en reconnaître la présence, ce kyste paraissait n'être qu'une espèce de tissu cellulaire plus ou moins lâche qui entourait la concrétion mélanique. Cette concrétion ne présente ni vaisseaux, ni nerfs, ni canaux, ni aréoles, ni fibres, ni rien qui décèle une organisation véritable : c'est donc une véritable production anorganique.

La substance mélanique paraît quelquefois infiltrée dans le tissu même des organes; elle occupe les réseaux déliés de ces organes, qu'elle envahit de proche en proche. L'induration noire qui en résulte a été assimilée à toute autre espèce d'induration indépendante de la coloration noire, et regardée comme l'effet de l'inflammation. J'avouerai que je n'ai pas été convaincu par les raisonnements apportés à l'appui. Si l'induration noire est semblable à l'hépatisation rouge, grise, etc., quelle est la cause de la différence de couleur? De ce que l'on regarderait l'induration noire comme une production particulière, je ne vois pas la nécessité de faire autant d'espèce de phthisie qu'il y a de sortes d'hépatisation; pas plus que je ne conçois la nécessité de regarder toutes les dégénérescences

du poumon comme de simples pneumonies.

De petites quantités de substance noire peuvent être infiltrées isolément dans le tissu des organes.

On a regardé comme étrangère à la mélanose, la matière colorante noire du poumon, sans augmentation de consistance; un auteur veut aujourd'hui que ces deux substances soient de la même nature, plus ou moins solides.

On trouve la mélanose en forme de plaque sur la surface libre des membranes et surtout des séreuses. Ce sont de véritables pseudo-membranes. On admet aujourd'hui, à l'exemple de notre savant ami le docteur Breschet, la mélanose à l'état liquide. C'est principalement sur les membranes muqueuses qu'on trouve la mélanose à cet état; elle paraît être le résultat d'une espèce d'exhalation morbide. Elle survient fréquemment dans la gastrite, mais surtout dans le cancer de l'estomac. Cette altération me paraît avoir beaucoup d'analogie avec l'exhalation sanglante.

On trouve dans les mélanoses, de la fibrine, une matière colorante noirâtre, soluble dans l'acide sulfurique affaibli et dans la solution de sous-carbonate de soude, et colorant ces liquides en rouge; une parcelle d'albumine, du chlorure de sodium, du sous-carbonate de soude, du phosphate de chaux, de l'oxyde de fer. On voit que la composition de cette substance est fort analogue à celle du sang, et qu'elle est principalement formée par

la fibrine et la matière colorante du sang dans un état particulier; elle contient de plus trois matières grasses, distinctes.

La mélanose se forme dans beaucoup d'organes, dans le tissu cellulaire, les os, les muscles, les vaisseaux sanguins, le cœur, les glandes lymphatiques, l'orbite, les organes parenchymateux, principalement le poumon, le foie, les reins, le pancréas, la rate, les mamelles, les tissus accidentels, la peau, les membranes séreuses, muqueuses, etc. Le cerveau n'en a pas offert jusqu'à ce jour.

Le *cancer* est bien autrement fréquent, et par conséquent bien plus important à connaître que la concrétion précédente. A l'état dur ou de crudité, il porte principalement le nom de squirrhe. Il se présente sous la forme de masses irrégulières, plus ou moins volumineuses, tantôt uniques, tantôt multiples; d'un blanc jaunâtre, grisâtre, demi-transparentes, bleuâtres, nacrées, criant sous le scalpel; offrant quelquefois des rayons convergents, des fibres, des cloisons, rarement des vaisseaux distincts, se perdant insensiblement dans le tissu même des organes, et quelquefois en étant assez distinctement séparé. Au reste ces caractères sont très variables, et lorsqu'on a vu beaucoup de cancers, on a pu se convaincre qu'il en était peu de semblables. On en a distingué un très grand nombre d'espèces : l'ulcère cancéreux, dont les

bords seuls offrent quelque ressemblance avec la dégénérescence que nous venons de décrire, le cancer cérébriforme ou encéphaloïde, dont nous allons parler bientôt, la production mélanique ou cancer mélané, dont nous venons de tracer les principaux traits, le cancer en forme de cicatrice, etc. ; mais je crois qu'on est loin d'en avoir décrit toutes les espèces. Quoi qu'il en soit, au bout d'un certain temps le squirrhe change d'aspect ; il perd sa transparence et sa dureté. Il se ramollit vers quelque point de son étendue ; ordinairement c'est la partie qui s'est prise la première, qui la première aussi se ramollit. Il présente alors une apparence gélatineuse ; mais je dois dire que cette forme n'est pas aussi fréquente que le prétendent les auteurs. Dans la division des incurables, à l'Hospice de la vieillesse (femmes), dont je fais le service depuis bien des années, j'ai eu occasion de voir un grand nombre de femmes cancérées, et je puis affirmer que le ramollissement dans les cas les plus ordinaires ressemble à une bouillie épaisse, blanchâtre, jaunâtre, verdâtre, souvent sanguinolente, ce qui lui donne la plus grande ressemblance avec l'encéphaloïde. Lorsqu'on a enlevé cette matière, on voit la surface du cancer, irrégulière, mamelonnée, encore un peu molle ; en la coupant on reconnaît plus loin le tissu squirrheux, qui se perd dans la portion saine ; quant à l'apparence de sirop, de miel, etc., elle est sans doute fort rare :

je n'ai jamais eu occasion de faire une semblable comparaison.

La dégénéréscence qui nous occupe peut survenir dans toutes les parties du corps d'une manière primitive ou consécutive, mais il en est qu'elle semble affecter de préférence : l'utérus, l'estomac, les mamelles, les testicules, sont certainement les organes qui en sont le plus souvent atteints. La peau, les membranes séreuses, fibreuses, les glandes lymphatiques, les cartilages, les os, les muscles, le foie, la rate, les reins, le poumon, le cerveau, le tissu cellulaire, etc., enfin la presque totalité des organes, sont susceptibles de ce mode d'altération.

Nous ne rechercherons pas ici sa nature. Sans doute l'inflammation peut favoriser son développement; mais il est incontestable qu'une disposition spéciale ne soit nécessaire à sa formation.

La production accidentelle connue sous le nom d'*encéphaloïde* ou *cancer cérébriforme* ressemble peu à la précédente par les caractères anatomiques, mais beaucoup par sa marche, par ses phénomènes locaux et généraux. Bayle et Laennec en ont donné les premiers une description exacte. L'encéphaloïde présente la forme d'une tumeur arrondie, lobulée, unique ou multiple, enveloppée d'un kyste ou non enkystée, et quelquefois confondue avec les parties voisines. Ces lobules parais-

sent contournés à la manière des circonvolutions cérébrales. Dans le premier degré, que les auteurs que nous avons cités appellent période de crudité, cette production est dure, lardacée, semi-transparente ou mate, d'un blanc sale; on y distingue des vaisseaux sanguins d'une grande ténuité. Les lobes et lobules sont unis entre eux par un tissu cellulaire très lâche.

A une époque plus avancée sa consistance diminue; elle ressemble assez bien à celle du cerveau, mais elle se rompt plus facilement, est moins liée qu'elle, et varie sur les divers points de son étendue. Sa couleur est d'un blanc laiteux, quelquefois rosée, et d'autres fois rouge; elle peut même offrir de véritables ecchymoses, des épanchements de sang tels que ceux que présente l'encéphale.

Lorsque l'encéphaloïde est enkysté, le kyste varie pour sa consistance depuis la mollesse d'une enveloppe celluleuse, jusqu'à la dureté du cartilage; dans ce dernier cas le semi-cartilage est doublé d'un tissu cellulaire peu dense. Ce kyste enveloppe entièrement la tumeur, ou simplement un de ses côtés. Lorsque l'encéphaloïde est isolé et non enkysté, on trouve toujours une enveloppe celluleuse qui l'entoure.

L'infiltration de matière cérébriforme est bien plus fréquente que les masses isolées. Elle passe promptement à la période de ramollissement; elle

dégénère en une bouillie absolument semblable à celle que présentent certains ramollissements du cerveau. Elle est aussi, dans l'état d'infiltration, susceptible des épanchements sanguins dont nous avons parlé tout à l'heure. Le propre de cette dégénérescence est d'envahir les parties voisines, et quelquefois de se multiplier dans divers points de l'organisme comme le cancer et le tubercule; mais ce dernier a moins de tendance à s'étendre de proche en proche. L'encéphaloïde attaque les mêmes parties que le squirrhe.

La *cirrhose*, la *sclérose* et le *squirrhe squameux*, sont des productions si rares qu'à peine méritent-ils de trouver place dans un ouvrage élémentaire; nous en faisons mention seulement pour n'être pas taxé d'omission.

De petites masses fauves, molles, flasques, humides, compactes, ressemblant pour la consistance et la couleur à la substance des capsules surrénales, arrondies, ou sous forme de plaques, avec ou sans kystes, portent le nom de cirrhose; leur volume varie depuis celui d'un grain de millet, jusqu'à celui d'un noyau de cerise; leur nombre peut être très considérable; elles peuvent être agglomérées, et envahir la totalité d'un organe. C'est ordinairement dans le foie qu'elles se développent. Elles sont susceptibles de se ramollir, et donnent alors naissance à une espèce de putrilage brun

verdâtre. On les rencontre, quoique rarement, dans le rein, la prostate, l'épididyme, l'ovaire, la thyroïde. Au reste cette production ne mérite pas à beaucoup près l'intérêt des précédentes ; et bien moins qu'elle encore le tissu blanc, compacte, désigné sous le nom de sclérose, le tissu blanc, mat, feuilleté, demi-transparent, qu'on appelle squirrhe squameux, doivent-ils arrêter notre attention : ils ne sont guère que des phénomènes consécutifs de la dégénérescence cancéreuse.

Les productions dont nous venons d'esquisser les caractères principaux sont susceptibles de se combiner entre elles, ce qui rend leur étude pénible et difficile. Les tissus fibreux, cartilagineux, osseux, se trouvent souvent réunis, ainsi que la concrétion terreuse et le tubercule; le tubercule et l'encéphaloïde, le squirrhe et la concrétion terreuse, etc. : ce qu'on doit considérer comme une cause de la confusion qui règne dans les descriptions des pathologistes.

Indépendamment de ces productions accidentelles, des êtres organisés et vivants peuvent encore se développer chez l'homme. Les uns apparaissent dans l'intérieur de ses viscères creux, et même dans la substance de ses organes; d'autres, connus sous le nom d'animaux parasites, rampent à sa surface, ou adhèrent aux téguments de son corps. Parmi ces animaux les uns semblent naître ou

du moins se développer dans l'intérieur des organes, et ne peuvent vivre que là ; d'autres viennent du dehors.

Les entozoaires ou vers intestinaux sont nombreux chez l'homme, quoique moins pourtant que chez d'autres animaux, comme on peut s'en assurer dans le volumineux ouvrage de Rudolphi ; mais tous ne sont pas également fréquents. Les espèces admises chez l'homme par cet auteur sont les suivantes : *filiaria medinensis*, — *bronchialis*, *trichocephalus dispar*, *spiroptera*, *strongylus gigas*, *ascaris lumbricoïdes*, — *vermicularis*, *distoma hepaticum*, *polystoma pinguicola*, — *venarum*, *bothryocephalus latus*, *tænia solium*, *cysticercus cellulosæ*, — *visceralis*, *echinococcus*, *diceras rude*. Parmi ces espèces il en est plusieurs de douteuses ; il en est même de *fictives*. Dans un ouvrage pratique on doit non seulement se borner à ne faire connaître que les faits incontestables, mais n'exposer que ceux qui se présentent assez fréquemment ; aussi ne décrirons-nous que les espèces principales. On en a fait trois divisions, sous la dénomination de vers vésiculaires, vers cylindriques, et vers plats.

Parmi les premiers nous ne trouvons que l'*acéphalocyste* qui mérite de nous arrêter, à cause de sa fréquence dans l'homme. Cette production n'est regardée comme un ver ni par Rudolphi, ni par M. Cuvier. Quoi qu'il en soit, elle consiste en

une vessie dépourvue de tête et de corps, ronde, obronde, semblable à un grain de raisin, pouvant acquérir le volume du poing, transparente, blanche, opaline, molle, contenant un liquide limpide, quelquefois filant, épais, gélatineux, visqueux, verdâtre, etc. Les parois de cette espèce de kyste sont susceptibles de s'épaissir, et même de s'ossifier. J'en ai déposé une de ce genre dans les cabinets de l'Ecole. Ces kystes peuvent être inclus les uns dans les autres ; leurs parois sont d'autant plus minces et transparentes qu'on les observe plus intérieurement. D'autres sont disposés en grappes, etc. ; ils sont susceptibles de s'altérer, de se détruire, de former une bouillie verdâtre. On les trouve fréquemment dans le foie, où ils sont très nombreux. J'en ai vu dans les ovaires, dans l'utérus. Les hydatides qui étaient contenues dans les ovaires se firent jour par le rectum et furent rendues par les selles. On ignore entièrement le mode de reproduction de ces êtres équivoques.

Parmi les vers plats il n'y a d'intéressant pour nous que le ténia, ver long quelquefois de plusieurs toises, plat, composé de parties articulées, et dont la tête est garnie de deux ou quatre petits suçoirs. On en distingue de deux espèces :

Le ténia large ou inerme, *t. lata, bothryocephalus latus*. Brems. Ce ver n'est point considéré par Rudolphi comme un ténia. Il en fait un genre à part, et le sous-divise en trente-quatre espèces diffé-

rentes, qui toutes à la vérité n'habitent pas les intestins de l'homme.

Chez celui-ci le *tænia lata* de Linnæus, qui est le même que celui dont nous parlons, a la tête presque carrée, armée de deux fossettes-suçoirs; ces parties sont oblongues ; il est presque dépourvu de cou ; les anneaux antérieurs forment des espèces de rides; les suivants sont carrés, aussi larges que longs; les derniers sont alongés. L'animal est renflé vers son milieu, lorsqu'il est entier; mais chaque anneau pouvant former un animal et vivre séparé, il n'est pas rare de ne pas lui trouver cette forme ; sa couleur est blanche. Les Suisses et les Russes y sont particulièrement sujets ; on le trouve peu en Angleterre, en Hollande et en Allemagne.

Le *tænia solium* de Linnæus, improprement appelé ver solitaire, est ainsi décrit par Rudolphi : sa tête est presque hémisphérique, distincte, l'extrémité en est obtuse; le cou s'épaissit en avant, les articulations antérieures sont très courtes, les suivantes sont presque carrées, les postérieures sont oblongues ; toutes sont obtuses, pourvues d'un pore marginal, irrégulièrement alterne ; sa tête est garnie de quatre petites bouches ou suçoirs, dont le centre est garni de crochets. Sa longueur est de cinq à dix pieds et plus. On trouve cette espèce en Angleterre, en Hollande et en Allemagne. On l'a quelquefois rencontrée dans les cadavres, et ja-

mais la précédente. Elles habitent l'une et l'autre principalement l'intestin grêle.

Parmi les vers cylindriques nous distinguerons l'ascaride, le trichocéphale et la filaire.

L'ascaride a le corps long, aminci aux deux extrémités, la tête munie de trois tubercules, le pénis pointu et bifide. L'ascaride lombricoïde a la tête nue, un corps de trois à douze pouces, sillonné dans toute sa longueur en dessus et en dessous, la queue obtuse. L'ascaride vermiculaire a la tête obtuse, garnie d'une membrane vésiculaire des deux côtés; son corps légèrement épaissi antérieurement; la queue du mâle est obtuse et fléchie, celle de la femelle plate et droite, sa longueur est de quelques lignes. La première espèce habite l'intestin grêle, et quelquefois l'estomac; je l'ai vue en quantité énorme remplir tout le canal alimentaire. La seconde habite particulièrement le rectum.

Le trichocéphale est très commun; il habite principalement le cæcum. Sa partie antérieure est filiforme, la postérieure un peu plus épaisse, la bouche est orbiculaire; le pénis simple, enveloppé d'une gaîne; le corps de la femelle est droit, celui du mâle contourné en spirale.

La filaire n'existe que sous les tropiques; elle se loge dans le tissu cellulaire des pieds et des jambes. Elle est longue, a la tête effilée, la queue aplatie, et fléchie dans le mâle; dans la femelle

elle est demi-cylindrique, pointue et courbe ; la bouche est orbiculaire; le pénis du mâle est pointu et simple.

Ce serait sans doute ici le lieu de discuter la valeur des arguments sur lesquels on s'est appuyé dans ces derniers temps pour établir que toutes les altérations dont nous venons de parler ne sont que des inflammations ou des résultats de l'inflammation. Il nous semble que la description succincte que nous venons d'en faire est bien suffisante pour prouver le contraire. Il nous semble impossible de regarder comme dépendant d'une cause unique toutes les altérations dont nous venons de parler. Quoi, l'on regardera comme dépendants de la même cause les hémorrhagies, les névroses, l'atrophie, l'hypertrophie, la dilatation, l'oblitération, le ramollissement, l'endurcissement des organes, l'anémie, la pléthore, le scorbut, le charbon, la polysarcie, l'emphysème, les éphélides, les taches, les concrétions gypseuses, plâtrées, les calculs, la cartilagination, l'ossification, le tissu érectile, les productions cornées, les tubercules, les granulations, la mélanose, le cancer, l'encéphaloïde, la cirrhose, la sclérose, les hydatides, les ténia, les ascarides, etc., etc. ! Il faut avouer qu'on doit être pourvu d'une foi bien robuste pour croire à de pareilles niaiseries.

Si l'on s'était borné à dire que l'inflammation

était très favorable au développement de la plupart de ces états pathologiques, on aurait dit une chose fort juste, sanctionnée par l'expérience, et que tous les bons esprits se seraient empressés d'admettre; mais vouloir faire dépendre d'une cause identique tant d'effets différents, sans autres modifications que celles du siége de la maladie, c'est ce qu'il est impossible de soutenir, et que le sens commun le plus simple se révolte d'adopter.

Nous bornons ici nos considérations générales. Nous pensons que ces connaissances préliminaires nous faciliteront beaucoup l'étude des détails dans lesquels nous allons entrer. Nous allons examiner rapidement les caractères de chacune de ces lésions dans les divers organes de l'économie animale, et nous en ferons ressortir les différences lorsque les circonstances l'exigeront. Peut-être aurions-nous dû établir un parallèle entre chacun des modes pathologiques que nous venons d'exposer, mais leurs caractères distinctifs nous ont paru assez tranchés pour nous dispenser d'entrer dans de semblables développements. Il faut épargner le temps des lecteurs, et laisser quelque chose à leur intelligence.

On s'étonnera sans doute de ne pas trouver ici l'exposition de notre manière de voir sur les fièvres essentielles, ou du moins quelques réflexions générales sur ce sujet; peut-être aussi aurions-nous

pu nous étendre plus longuement sur l'altération des fluides, sur les spécificités, etc.: mais indépendamment que nous aurons occasion de revenir sur chacun de ces sujets importants, il nous a paru convenable de ne présenter d'abord que des objets clairs, faciles à saisir, et peu susceptibles de contestation.

PREMIÈRE DIVISION.

DES MALADIES DONT ON PEUT DÉTERMINER LE SIÉGE.

Fidèle à notre manière d'envisager la pathologie, mettant au premier rang la connaissance du siége des maladies, ce siége constituant le point principal du diagnostic, il était naturel d'établir d'abord deux grandes divisions dans les maladies, divisions fondées sur la connaissance ou l'ignorance où l'on est sur leur siége; en second lieu, nous devions nécessairement réunir ensemble les affections qui ont le même siége, qui occupent le même organe; enfin, les objets qui frappent les yeux étant plus faciles à reconnaître que ceux qui sont dérobés à nos regards, devant procéder, dans toute science, du simple au composé, l'étude la plus facile devant précéder l'étude la plus difficile, l'exposition des maladies devait commencer par celles de la peau.

PREMIÈRE SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

Il n'est peut-être aucune classe d'affections dans

lesquelles on ait multiplié les divisions d'une manière plus exubérante que dans celle qui va nous occuper. On a poussé les distinctions jusqu'à la minutie, et cela, nous devons le dire, en pure perte pour la pratique. Autant il est important de ne pas confondre les objets différents, autant il est important de réunir des objets analogues. Les distinctions subtiles ne sont propres qu'à surcharger la mémoire, à consumer un temps précieux, qu'on pourrait employer à l'étude d'objets plus utiles, et sont sans avantages pour l'humanité. Plenck, Willan, Bateman, M. Alibert, ont établi plus de cent espèces de ces maladies. Nous tâcherons d'éviter cet excès, qu'on ne doit attribuer qu'à l'amour que nous inspirent les objets particuliers de nos études. Nous nous bornerons à donner les caractères des maladies les plus fréquentes et les plus utiles à connaître.

Les anciens auteurs ont parlé en détail, et cependant assez confusément, des maladies de la peau. Leurs descriptions sont aujourd'hui à peu près méconnaissables; et tous les efforts des glossateurs et des commentateurs ne pourraient porter la plus légère lumière sur ces savantes obscurités. Une description exacte d'une phlegmasie cutanée, faite de nos jours, est plus instructive pour nous que toutes les verbeuses dissertations auxquelles on s'est encore livré récemment sur quelques maladies éruptives. C'est principalement

pour ce genre d'affections qu'il est avantageux de voir ; qu'on ne connaît que ce qu'on voit. Cette vérité a tellement été sentie par M. Alibert, qu'il a cherché à y suppléer par la peinture; trop heureux si les artistes employés à ce travail, entraînés par leur imagination, n'avaient souvent fardé la nature!

C'est seulement dans ces temps modernes qu'on a étudié avec attention les maladies qui nous occupent, et que les nosographes ont cherché à les classer par des caractères particuliers. Nous passerons sous silence les classifications nécessairement imparfaites des premiers auteurs. Les efforts de Sauvages, Mercurialis, Hafenreffer, Bonacurcius, Lorry et autres, durent nécessairement se sentir des temps où ils écrivaient.

M. Alibert, en France, est celui qui s'est le plus occupé des maladies de la peau. « Placé, comme il le dit lui-même, sur un théâtre où ces maladies se présentent et se renouvellent sans cesse, il a pu mieux qu'un autre débrouiller la confusion introduite dans les travaux des anciens; il a pu suivre la marche, les périodes, le déclin, les *récrudescences*, les *métamorphoses* des divers exanthèmes ; il a eu besoin, ajoute-t-il, d'une patience infatigable, lorsqu'il a fallu démêler des faits aussi nombreux dans un champ si vaste pour l'observation médicale. Si l'on examine la série innombrable des affections dont le système der-

moïde est la proie, on concevra que dans ce vaste hôpital où tant d'objets appelaient à la fois sa curiosité et sa vigilance, puisque l'hôpital Saint-Louis est en quelque sorte l'égoût de toutes les contrées du monde, son esprit se fût souvent égaré sans le pouvoir tutélaire d'une méthode rigoureusement analytique ; et cette méthode, préférable à toutes, a été celle des naturalistes. » Quoi qu'en dise l'auteur, cette méthode nous a paru tout-à-fait arbitraire, et nous n'avons pu apercevoir les liens qui coordonnaient *ce vaste ensemble.* Au reste voici cette méthode :

I. Teignes, faveuse, granulée, furfuracée, amiantacée, muqueuse ;

II. Pliques, multiforme, solitaire ou à queue, en masse ;

III. Dartres, furfuracée, squameuse, crustacée, rongeante, pustuleuse, phlycténoïde, erythémoïde ;

IV. Ephélides, lentiforme, hépatique, scorbutique ;

V. Cancroïdes ;

VI. Lèpres, squameuse, crustacée, tuberculeuse ;

VII. Pians, ruboïde, fongoïde ;

VIII. Ichthyoses, nacrée, cornée, pellagre ;

IX. Syphilides, pustuleuse, végétante, ulcérée ;

X. Scrofules, vulgaire, endémique.

Vient ensuite le tableau des exanthèmes aigus.

Le docteur Willan avait entrepris un grand ouvrage sur ces affections ; son ami, le docteur Bateman, a abrégé ce que cet auteur avait fait connaître, et a rempli les lacunes qui restaient, au moyen de ses propres observations ; voici la classification de ce dernier, laquelle n'offre rien de commun avec la précédente.

Le docteur Bateman, d'après Willan, admet huit ordres de maladies de la peau : *papulæ*, *squamæ*, *exanthemata*, *bullæ*, *pustulæ*, *vesiculæ*, *tuberculæ*, *maculæ*.

Ces mots ne sont pas pris exactement dans le sens qui leur est vulgairement attribué, et l'auteur s'est attaché à en fixer exactement la signification. Il entend par

1° *Papula*, une élévation très légère et aiguë de l'épiderme, avec une base enflammée contenant très rarement un fluide, ou suppurant, et se terminant ordinairement par une croûte.

» 2° *Squama*, une lame de l'épiderme malade, rude, épaisse, blanchâtre et opaque. Lorsque les écailles augmentent et forment des croûtes irrégulières, elles prennent le nom de croûtes.

» 3° *Exanthema*, des taches rouges, superficielles, de formes différentes, et répandues irrégulièrement sur le corps, laissant des intervalles d'une couleur naturelle, et finissant par des exfoliations de la peau.

» 4° *Bulla*, une large portion de l'épiderme dé-

tachée de la peau par l'interposition d'un fluide transparent et aqueux.

» 5° *Pustula*, une élévation de l'épiderme avec une base enflammée, contenant du pus. Il en existe quatre variétés : le *phlyzacium*, pustule ordinairement large, élevée sur une base rude, circulaire, d'un rouge très vif, et remplacée par une croûte épaisse, rude, et de couleur foncée ; le *psydracium*, pustule petite, souvent irrégulièrement circonscrite, produisant seulement une élévation légère de l'épiderme, et se terminant par une croûte lamelleuse. Plusieurs psydracia paraissent ordinairement ensemble, et deviennent confluents ; et, après la sortie du pus, ils versent au dehors une humeur terne et aqueuse, qui forme souvent une incrustation légère. L'*achor* et le *favus* sont deux variétés de la même espèce. L'achor est une pustule petite, pointue, remplie d'une matière couleur paille, offrant l'apparence et presque la consistance du miel, se terminant par une croûte mince, brune ou jaunâtre. Le favus est plus large, plus aplati, non pointu, contient une matière plus visqueuse. Sa base, qui est souvent irrégulière, est légèrement enflammée, et elle est remplacée par une éruption jaune, demi-transparente, et quelquefois cellulaire, semblable à un rayon de miel, d'où elle a tiré son nom.

» 6° *Vesicula*, une petite élévation orbiculaire de l'épiderme, contenant de la lymphe, qui est

quelquefois incolore et claire, mais souvent opaque et blanchâtre ou perlée ; elle est remplacée par une croûte ou par une éruption lamelleuse.

» 7° *Tuberculum*, une tumeur petite, dure, superficielle, circonscrite et permanente ou suppurant partiellement.

» 8° *Macula*, une décoloration permanente de quelque partie de la peau, souvent avec un changement dans son organisation.» Il prend dans leur acception ordinaire les mots *bouton*, *éruption furfuracée*, *croûte*, *stigmate*.

Chacun de ces huit ordres contient un grand nombre de genres et d'espèces.

Il paraît que c'est à Plenck, professeur de l'université de Bade, qu'on doit la première classification soignée des maladies de la peau. Dès 1780, il avait fait des efforts pour tirer du vague où elle était plongée cette branche de la médecine, et ses travaux ont véritablement servi de modèle et de guide à Willan. Plenck reconnaît quatorze ordres de maladies cutanées : 1° *maculæ*, 2° *pustulæ*, 3° *vesiculæ*, 4° *bullæ*, 5° *papulæ*, 6° *crustæ*, 7° *squamæ*, 8° *callositates*, 9° *excrescentiæ*, 10° *ulcera*, 11° *vulnera*, 12° *insecta cutanea*, 13° *morbi unguium*, 14° *morbi capillorum*. Il est évident que la classification de Willan est calquée sur celle-là, qui pour cela ne méritait pas que M. Bateman la tournât en dérision. Quoi qu'il en soit, nous le répétons, toutes ces classifications ne nous paraissent que

des jeux de l'esprit, des divisions purement arbitraires. Sans doute il est important de bien s'entendre, mais ce degré d'importance est loin d'être le même suivant l'objet dont on s'occupe.

J.-P. Franck, qui n'a pas fait de traité *ex professo* sur les maladies de la peau, mais qui s'est étendu longuement sur ce sujet, dans son *epitome*, consacre deux classes à ces maladies. La première est divisée en deux ordres, dont l'un est consacré aux exanthèmes nus, *exanthemata nuda*, qui comprend l'érysipèle, la scarlatine, l'urticaire, les pétéchies ; et l'autre contient les exanthèmes rudes, *scabra*, qui comprend le millet, la variole, la rougeole, le pemphigus et les aphthes. La seconde classe renferme les éruptions impétigineuses; elle se divise en deux ordres : le premier traite des taches et contient les éphélides, le chloasma, les ecchymoses, l'érythème ; le second, les éruptions impétigineuses rongeantes, le porrigo, les dartres, l'hydroa, la gale, le psydracium, les teignes et la lèpre. Cette division, plus simple que les précédentes, ne nous paraît pas plus défectueuse que les autres. L'incohérence qui règne encore dans la matière que nous traitons fait vivement désirer la publication d'un ouvrage sur ces maladies par notre savant collègue, le docteur Biett, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; sans doute que les travaux de cet excellent observateur fixeront pour jamais ce point de pathologie. M. Rayer prépare

aussi un traité sur le même sujet; ses recherches ne peuvent manquer d'être très utiles à l'avancement de la science. Il ne saurait y avoir trop de bons esprits occupés à débrouiller les parties obscures de la médecine ; tous ces efforts tournent au profit de l'humanité. En attendant nous croyons que ce qui importe le plus c'est de tracer avec exactitude les caractères des maladies qui réclament le plus souvent nos secours : nous en traiterons dans deux articles, sans attacher à nos divisions la plus légère importance. En les distinguant en aiguës et en chroniques, nous n'ignorons pas les reproches qu'on peut nous adresser ; nous n'ignorons pas que des maladies chroniques commencent souvent par être aiguës ; et que par conséquent elles devraient occuper deux places dans le même cadre, etc. : mais ces inconvénients sont si légers à nos yeux, que nous serions disposés à adopter même l'ordre alphabétique, qui cependant rapprocherait des objets bien disparates.

§ I. Phlegmasies aiguës de la peau.

Dans cet article nous donnerons les caractères différentiels de l'érysipèle, de la scarlatine, de la rougeole, des pétéchies, de la variole, de la varicelle, de la vaccine, du zona, de la miliaire, de l'urticaire, du pemphigus.

De l'érysipèle.

C'est la phlegmasie de la peau la plus simple, la plus facile à reconnaître. On peut la considérer comme le prototype de l'inflammation : elle réunit au plus haut degré de simplicité, et de la manière la plus complète, les caractères que nous avons attribués à cette classe de maladies. L'intumescence seule est peu sensible à la vue, parcequ'elle est générale ; du reste, l'érysipèle naît, croît et se termine ainsi que nous l'avons exposé dans nos généralités. On distingue avec raison diverses espèces d'érysipèles. Les principales que nous ferons connaître sont l'érysipèle simple, le phlegmoneux, l'œdémateux, le gangréneux ; l'érysipèle compliqué avec diverses phlegmasies ; ce qui lui a fait donner le nom de *malin,* lorsqu'il était compliqué avec une phlegmasie du cerveau ou des méninges, de gastrique lorsqu'il était accompagné d'une inflammation gastro-intestinale, etc. ; enfin on a admis un érysipèle épidémique, sporadique, fixe, ambulant, local, général, idiopathique, symptomatique, critique, etc. Toutes ces distinctions ne sont pas également utiles.

Un sentiment de prurit, de démangeaison, bientôt une véritable douleur, accompagnée d'une chaleur plus ou moins vive, d'une rougeur intense, diffuse, disparaissant par la pression pour repa-

raître aussitôt après, d'une légère intumescence de la peau, caractérisent l'érysipèle simple. C'est à dessein que nous omettons de dire que la peau est surmontée de phlyctènes dans l'érysipèle, tandis qu'elle est unie dans l'érythème. Nous regardons cette distinction comme trop subtile pour être conservée, et l'érythème ne doit être considéré que comme l'érysipèle dans son plus grand état de simplicité.

L'érysipèle simple est quelquefois annoncé par des phénomènes précurseurs : le malade éprouve un malaise général, des lassitudes spontanées, des douleurs vagues, des bâillements, des pandiculations, de la somnolence, de l'insomnie, de la céphalalgie, de la soif, de l'inappétence, de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, etc.; d'autres fois les phénomènes locaux se manifestent sans prodrome.

Le premier jour, après un frisson plus ou moins long et violent, on aperçoit sur l'une des parties du corps une rougeur à peine plus marquée que dans l'état ordinaire; la tuméfaction y est à peine sensible; la chaleur est vive, souvent âcre, mordicante; la douleur est ordinairement prurigineuse; peu à peu ces phénomènes augmentent d'intensité. La rougeur devient plus vive, principalement vers le point d'origine; elle s'étend; ses bords se perdent insensiblement dans la partie saine de la peau, de sorte qu'il est bien difficile d'en détermi-

ner les bornes ; la tuméfaction augmente quelquefois au point qu'on ne reconnaît plus ni saillies, ni enfoncements. La chaleur est brûlante, dévorante, et la douleur peut devenir intolérable. Vers le troisième ou le quatrième jour, on observe quelquefois une multitude de petites pustules du volume d'un grain de millet, plus ou moins. Le liquide qu'elles contiennent devient opaque, jaunâtre, grisâtre, puis se dessèche ; d'autres fois, à cette époque, apparaissent de véritables phlyctènes, qui peuvent acquérir le volume d'un œuf : elles renferment une sérosité plus ou moins brunâtre, qui s'épanche ordinairement au dehors. La première de ces éruptions a reçu le nom d'*érysipèle miliaire ;* la seconde celui d'*érysipèle phlycténoïde ;* distinctions qui ne font qu'embarrasser l'art de puérilités.

Ces phénomènes locaux sont en général accompagnés de symptômes généraux, tels que chaleur à la peau, force, fréquence du pouls, soif vive, etc., enfin par le cortége des phénomènes fébriles ; mais lorsque l'érysipèle est extrêmement simple et benin, il parcourt ses périodes sans signes de réaction.

Au bout d'un certain temps, rarement avant le troisième, rarement après le septième jour, les phénomènes que nous avons exposés cessent de croître, et commencent à diminuer d'intensité. La résolution s'opère alors. C'est la terminaison ordinaire de la maladie qui nous occupe. Elle a

lieu par la disparition progressive de la chaleur, de la douleur, de la rougeur et de la tuméfaction, ainsi que par la diminution des symptômes généraux. L'épiderme se détache en écailles, les croûtes tombent, et le léger empâtement qui succède ne tarde pas à se dissiper.

On pense bien que les phénomènes fonctionnels locaux doivent varier suivant la région occupée par l'inflammation érysipélateuse. A l'exemple de J.-P. Franck, nous nous bornerons à esquisser celle de la face, comme la plus importante et la plus commune de toutes.

Le front, le nez, les joues, les lèvres, les paupières, les oreilles, enfin tous les points de la face, peuvent commencer par être le siége de l'érysipèle. Borné d'abord à une partie, il envahit bientôt les régions voisines, et souvent, après avoir parcouru ses périodes sur un côté de la face, on le voit gagner le côté opposé. Le lieu nouvellement occupé présente l'aspect de l'érysipèle commençant, tandis que celui qui vient d'être abandonné offre celui de la résolution, une efflorescence, une véritable desquamation. Toutes les parties ne se tuméfient pas également : les paupières, d'un tissu lâche et perméable, les lèvres, d'un tissu érectile, les unes et les autres très susceptibles de se laisser pénétrer par les fluides, acquièrent un volume démesuré ; de sorte que les yeux, ordinairement enfoncés dans l'orbite, semblent faire sail-

lie au dehors, et sont complètement fermés; les lèvres sont saillantes; enfin la face présente l'apparence d'une outre, d'un ballon. Les narines, resserrées, ne permettent plus l'introduction de l'air; le malade respire alors par la bouche, qui elle-même s'ouvre difficilement. L'inflammation se propage avec facilité par les ouvertures naturelles, et ar contiguïté au cerveau et à ses enveloppes, au larynx, aux bronches, au pharynx, à l'œsophage. Alors se manifestent les symptômes de ces diverses inflammations. Cet érysipèle se termine souvent par résolution; mais il n'est pas rare de le voir disparaître presque subitement pour être remplacé par une phlegmasie viscérale plus grave. Il se forme aussi très souvent des abcès dans les angles des paupières, etc. Il est fâcheux, et malheureusement il est fréquent, que l'érysipèle de la face se propage jusque sur le cuir chevelu. Cet érysipèle est celui qui se porte le plus souvent de l'extérieur à l'intérieur, et gagne les méninges et le cerveau avec le plus de facilité. Nous aurons toujours présent le douloureux exemple de notre célèbre ami le professeur Béclard, mort victime de cette affreuse maladie.

L'érysipèle phlegmoneux peut être considéré comme un érysipèle plus intense que le précédent, et qui s'étend jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent. Le phénomène qui établit la principale différence

qui existe entre eux est la terminaison par suppuration, quoique cette espèce de phlegmasie puisse aussi se terminer par résolution.

Les symptômes locaux et généraux sont donc plus prononcés. Rougeur ou beaucoup plus vive, ou plus brunâtre, violacée, disparaissant et reparaissant promptement par la pression, ou conservant l'impression du doigt; chaleur brûlante; douleur lancinante, vive, pongitive; tumeur large, évidemment profonde et dure. Les phénomènes de réaction sont très prononcés; la fièvre concomitante est d'une violence extrême: quelquefois au bout de cinq ou six jours, à la suite d'une évacuation alvine abondante, d'une sueur ou d'urines sédimenteuses, mais le plus souvent sans aucune de ces circonstances préalables, cet érysipèle diminue graduellement, et se termine par résolution. Dans les cas les plus ordinaires la suppuration a lieu. La douleur devient pulsative, sa rougeur diminue principalement sur les bords; la tumeur s'élève en pointe; bientôt elle se ramollit, on sent une fluctuation évidente; l'ouverture naturelle ou artificielle de ces foyers donne issue à un pus blanc, jaunâtre, épais, opaque, louable en un mot; d'autres fois il est mêlé de flocons de tissu cellulaire; quelquefois il fuse dans l'intervalle des muscles, les dénude, etc.

Dans quelques circonstances, lorsque la couleur de la peau est rouge, livide, que la tension est

extrême, il survient des vésicules remplies d'un liquide brunâtre, lesquelles se déchirent facilement, et laissent apercevoir dans leur fond la peau grisâtre, bleuâtre, en un mot gangrenée ; c'est l'érysipèle *gangréneux*. Ces eschares se détachent, une suppuration de bonne nature s'établit, les plaies se cicatrisent; mais la terminaison de l'érysipèle phlegmoneux n'est pas toujours si heureuse, le malade succombe souvent.

Une autre espèce d'érysipèle qu'il est bon de signaler c'est l'érysipèle œdémateux. Il en est de deux sortes. Dans la première l'inflammation survient sur un membre précédemment œdématié. La peau devient rouge, violacée, luisante ; cette couleur disparaît difficilement par la pression, et cette pression détermine un enfoncement qui ne s'efface qu'avec lenteur ; la douleur et la chaleur sont moindres que dans les espèces précédentes. Cet érysipèle se montre ordinairement à la suite des maladies chroniques; ce n'est qu'un épiphénomène consécutif de peu d'importance.

Dans la seconde, l'érysipèle qui prend naissance sur un membre sain est d'un rouge pâle, jaunâtre, semi-transparent, offre une marche lente et peu intense. Il est *idiopathique*, tandis que le premier est *symptomatique*.

Un des caractères de l'érysipèle est de se porter

avec la plus grande facilité d'un lieu dans un autre plus éloigné : c'est l'*erysipelas saltans*. Ordinairement il rampe de proche en proche, il se promène sur diverses régions : c'est l'*erysipelas ambulans*, *reptans*, etc. Il est rare que cette phlegmasie naisse, se développe et se termine complètement dans le même lieu; lorsque ce cas arrive on dit que l'érysipèle est fixe.

Une autre propriété non moins caractéristique que la précédente c'est la tendance de cette éruption à revenir par intervalles, et pour ainsi dire d'une manière périodique.

Lorsque cet exanthème se manifeste vers le déclin d'une maladie aiguë, et que celle-ci paraît amendée par cette apparition, on dit que l'érysipèle est critique. Ces exemples sont rares, et lorsqu'un érysipèle survient dans le cours d'une maladie aiguë, c'est presque toujours une complication fâcheuse.

L'érysipèle se complique avec les phlegmasies des divers viscères encéphaliques, thorachiques et abdominaux ; pour avoir une idée de ces complications, il suffit de réunir les signes de ces phlegmasies avec celle qui nous occupe.

Ainsi que nous l'avons annoncé, nous ne donnerons pas la description de l'érythème ; nous le regardons comme l'érysipèle de l'espèce la plus

simple, la plus légère. Cependant Bateman a cru devoir en traiter en particulier; et, chose singulière, Franck, tout en regrettant d'en parler à part, le classe parmi les maladies impétigineuses, sans doute parcequ'il revient souvent, et qu'il est pour ainsi dire habituel et tenace.

Scarlatine.

La scarlatine est un exanthème aigu, contagieux, qui se développe sous l'influence d'une cause spécifique, susceptible de s'inoculer. Cette éruption n'attaque en général qu'une seule fois le même individu.

Après un certain temps de l'application de la cause, sept jours, lorsque l'inoculation a eu lieu, l'éruption apparaît; mais le temps intermédiaire est rempli par des symptômes, communs à la vérité avec beaucoup de phlegmasies cutanées, mais importants à signaler.

Un malaise général, des frissons irréguliers, de l'abattement, de l'altération dans les traits de la face, des douleurs, des lassitudes spontanées, de la soif, de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, de l'insomnie ou de la somnolence, des mouvements convulsifs, de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, etc., constituent les phénomènes précurseurs de la scarlatine : il faut y joindre la rougeur des yeux, la

douleur de la gorge et du cou, enfin beaucoup de symptômes de phlegmasies des membranes muqueuses.

Dès le second jour, quelquefois seulement vers le quatrième de l'appareil fébrile, se déclare l'éruption. Dans son plus grand état de simplicité, elle se manifeste sur la face et le cou, sous l'apparence de points rouges, innombrables, qui en peu de temps couvrent toute la surface du corps. En se réunissant, le second jour, ces points forment des taches d'un rouge très vif, et dès le troisième elles donnent lieu à une éruption continue sur les membres, et surtout autour des doigts. Il est rare que l'éruption soit générale sur le torse; elle y conserve la forme de taches larges, étendues, irrégulières. La couleur rouge vif, animée, écarlate, est principalement prononcée dans le pli des articulations, vers les aines, les aisselles, les plis du bras, et aussi autour des lombes, etc. La peau est quelquefois rugueuse, comme chair de poule; mais cet état ne peut être confondu avec la saillie que forme l'éruption dans la rougeole. C'est vers le quatrième jour que l'éruption atteint son plus haut degré d'intensité; alors la face est tuméfiée, les yeux ne peuvent être ouverts; l'éruption pénètre dans la bouche, et peut s'étendre plus ou moins profondément; après quoi elle diminue graduellement et dans l'ordre de son apparition. Vers le septième jour elle est entièrement effacée, et remplacée vers

le huitième ou neuvième par une espèce de desquamation furfuracée.

On a distingué plusieurs espèces de scarlatines. Bateman décrit une scarlatine *simple*, une scarlatine *angineuse* et une scarlatine *maligne*. J.-P. Franck admet les mêmes espèces, et de plus les variétés de complication avec les fièvres bilieuses, nerveuses, etc. ; et, relativement à l'éruption, il la divise en *lisse*, *pustuleuse*, *miliaire*. Les auteurs modernes décrivent une scarlatine adynamique, qui n'est que la même chose que la scarlatine maligne.

La concomitance de l'angine et de la scarlatine étant pour ainsi dire constante, et l'un des caractères principaux de cette affection, nous ne saurions la passer sous silence. Cette espèce est plus grave que la précédente.

Les phénomènes précurseurs sont plus violents ; les parties de l'arrière-bouche, le pharynx, l'œsophage, sont frappés d'inflammation ; la déglutition est difficile, la strangulation paraît quelquefois imminente ; un appareil fébrile proportionné se développe, croît et décroît avec l'éruption.

La douleur et le gonflement de la gorge peuvent être portés à un très haut degré ; les muscles du cou sont douloureux, et comme tendus et serrés par une corde ; une salivation abondante et quelquefois sanguinolente survient ; la langue est d'un rouge vif, comme dépouillée et couverte

d'aphthes, les glandes maxillaires, parotides, participent au gonflement; les parois du pharynx sont tapissées par des taches blanchâtres, parfois comme ulcérées, et enduites d'une espèce d'humeur puriforme.

L'inflammation peut se porter dans le larynx, rendre la respiration difficile, la suffocation menaçante, la voix rauque, produire l'aphonie, enfin tous les signes de l'angine trachéale.

Au bout de deux ou trois jours se montre l'éruption, qui présente à peu près les caractères que nous venons d'attribuer à la scarlatine simple. La peau prend une couleur vineuse, quelquefois elle revêt celle des cerises cuites; elle peut devenir livide. La tuméfaction est sensible et générale, et s'oppose à la flexion des articulations. La plupart du temps la peau est unie et lisse; elle peut être rugueuse, et enfin véritablement pustuleuse, phlycténoïde : ces variétés sont rares. Ces boutons se réunissent, forment des plaques, et tombent; mais cette desquamation est lente.

Pendant le cours de la maladie, la peau est chaude, rouge; le malade y ressent des démangeaisons vives, une chaleur ardente, des picotements intolérables. Les phénomènes généraux de réaction sont souvent d'une violence extraordinaire. La maladie peut être accompagnée de la plupart des phlegmasies viscérales.

Vers le sixième, septième ou huitième jour les

accidents se calment, l'éruption diminue d'intensité et d'étendue; elle pâlit, se fane, pour ainsi dire, et se termine par l'apparition d'écailles furfuracées, dans l'ordre de son apparition. Les symptômes de l'angine, ainsi que les phénomènes généraux, suivent la même progression, quoique dans certains cas ils persistent encore pendant quelque temps.

La langue s'humecte, se couvre d'un enduit mou, blanchâtre, épais: il survient quelquefois une sueur abondante; l'urine dépose un sédiment blanchâtre; on peut observer aussi un léger dévoiement, etc.

L'exfoliation s'opère avec une démangeaison considérable; et lorsque la peau a été profondément affectée, l'épiderme se détache en lambeaux; les ongles peuvent se séparer des doigts, la langue même se dépouiller de son enveloppe; les croûtes du nez et de l'arrière-bouche tombent, et laissent à nu des ulcérations qui guérissent avec facilité.

Une faiblesse extrême, une vive sensibilité de la peau, la persistance des phénomènes généraux, qui indique le travail morbide de quelque organe, des infiltrations de sérosité, soit générales, soit dans les membres, les articulations, les cavités du péritoine, du péricarde, des plèvres, du cerveau, sont les accidents consécutifs les plus ordinaires et les plus redoutables de la scarlatine:

plusieurs d'entre eux peuvent occasioner la mort.

Des symptômes graves peuvent accompagner cette éruption : c'est cette espèce de scarlatine que les auteurs ont désignée sous les noms de *maligne*, de *gangréneuse*, d'*adynamique*.

Les symptômes précurseurs de cette espèce de scarlatine sont à peu près les mêmes que les précédents, avec un degré de plus de violence. On a remarqué que l'abattement moral et la faiblesse physique étaient plus prononcés. Les signes de l'angine se déclarent ; mais les parties de l'arrière-bouche, rouges et vermeilles le premier jour, ne tardent pas à devenir livides, bleuâtres, grisâtres, ardoisées, à présenter en un mot l'aspect de la gangrène, en même temps qu'elles en exhalent l'odeur fétide. La déglutition est difficile, impossible ; le cou tuméfié, douloureux ; la voix éteinte ; les taches de la peau sont pâles, livides, noires, petites, irrégulières dans leur apparition et leur disparition.

La peau est froide, le pouls petit, misérable ; la face altérée, décomposée ; les yeux rouges, pesants, larmoyants ; le délire s'empare du malade ; l'agitation et le coma, les pertes de connaissance se succèdent d'un moment à l'autre ; enfin tout le cortége des symptômes cérébraux se déclare ; un liquide âcre et fétide s'écoule de la bouche, des narines, et corrode les parties voisines.

Avec ces symptômes on observe souvent une

diarrhée abondante, des hémorrhagies par la bouche, les intestins, etc., qui terminent fréquemment les jours du malade. De véritables taches pourprées, de vraies ecchymoses se mêlent souvent à la première éruption.

La mort arrive, ou promptement dans les premiers jours de la maladie, ou vers la fin du deuxième et troisième septénaire; la gorge, l'œsophage, le larynx, la trachée-artère, souvent l'estomac et les intestins, sont couverts de plaques gangréneuses.

Un état chronique fâcheux peut succéder à l'état aigu. Il est occasioné par des ulcérations consécutives à la chute des eschares gangréneuses, et par la suppuration qu'elles exigent: les malades meurent épuisés, après avoir été consumés pendant plus ou moins long-temps par une véritable fièvre hectique, symptomatique. Lorsque le malade guérit, la convalescence est lente et pénible. Les accidents consécutifs des autres espèces sont encore plus redoutables dans celle-ci.

Rougeole.

La rougeole est un exanthème aigu, spécifique, qui se transmet par contagion, et n'atteint ordinairement les malades qu'une fois dans leur vie.

Après l'action de la cause, et avant l'apparition de l'éruption, on observe quelques phénomènes précurseurs qui ne sont pas sans gravité : lassitudes spontanées, douleurs des membres, insomnie ou

somnolence, horripilations vagues, chaleurs fugaces, soif, inappétence, nausées, vomissements; yeux brillants, rouges, larmoyants; tuméfaction des paupières, éternuement, écoulement par les narines d'un fluide clair et âcre; douleur à la gorge; toux, qui, dans les premières années de la vie surtout, est rauque et analogue à celle du croup; vomissement, dévoiement, somnolence, délire, convulsions. Tous ces symptômes précurseurs ne se présentent pas en même temps ni sur le même sujet; il en est beaucoup, comme les derniers, qui ne se manifestent que rarement, et même dans bien des cas l'éruption se montre sans qu'on ait observé le moindre dérangement dans la santé des individus. D'autres fois on a vu des hémorrhagies par le nez, l'anus ou les parties génitales.

Vers le troisième ou le cinquième jour, on voit paraître sur la face, au cou, une multitude de taches rouges, à peine saillantes vers le milieu, plus sensibles au toucher qu'à la vue, rondes, discrètes, quelquefois irrégulières, confluentes, se réunissant en plaques assez larges. Les taches rouges gagnent successivement le thorax, l'abdomen et les membres; l'éruption atteint son plus haut degré de développement au bout de deux ou trois jours; après quoi les rougeurs diminuent d'étendue et d'intensité, des écailles furfuracées les remplacent bientôt, et cela dans l'ordre de leur apparition.

Toutes les membranes muqueuses semblent participer à la maladie, de sorte que l'éruption qui a lieu à la peau *paraît occuper aussi ces membranes.* Ce n'est ici qu'une conjecture que je hasarde ; cependant, si l'on fait attention à la constance des irritations pulmonaires, bronchiques, gastro-intestinales, etc., qui accompagnent et compliquent la rougeole, on aura de grandes probabilités pour croire que ces irritations ne sont pas étrangères à la nature de la maladie. On voit, pour ainsi dire, l'éruption pénétrer dans la bouche, les bronches, le pharynx, etc. Il n'est pas jusqu'aux parties génitales qui ne soient le siége de cette irritation concomitante. Il se fait souvent par ces organes des écoulements blennorrhoïdes.

Nous ne pouvons entrer ici dans aucun détail sur les phlegmasies des viscères intérieurs qui compliquent souvent la rougeole ; il suffira de joindre la description de ces phlegmasies à celle de la rougeole pour en avoir le tableau complet : mais nous ne pouvons nous dispenser de parler des phénomènes généraux qui se montrent dans cet exanthème, et lui impriment d'importantes différences.

Une agitation considérable tourmente le malade, qui change à chaque instant de position ; la peau est chaude, sèche dans le principe, humide et moite au moment de l'éruption ; le pouls est dur, concentré, dans les premiers moments ;

bientôt fort développé, fréquent ; une soif vive se fait sentir ; les urines sont rouges, peu abondantes, etc.

Ces phénomènes généraux augmentent d'intensité non seulement jusqu'au moment de l'éruption, mais même au-delà ; ils persistent aussi pour l'ordinaire après que celle-ci a disparu, ce qui doit nous confirmer dans l'opinion de l'existence de l'éruption intérieure. De plus, l'on a observé que les phlegmasies coexistantes étaient plus opiniâtres que les phlegmasies simples ordinaires.

On a distingué plusieurs variétés de rougeole. Villan a décrit une rougeole, *rubeola sine catarrho*, qui avait lieu sans inflammation des membranes muqueuses et sans fièvre symptomatique ; enfin, sous le nom de *rubeola nigra*, il a fait connaître une variété de cette maladie dans laquelle, au septième ou huitième jour de l'éruption, les boutons deviennent tout-à-coup livides, brunâtres, avec un mélange de couleur jaune.

D'autres pathologistes ont distingué des espèces de rougeole aussi nombreuses que les diverses complications qui les accompagnent. Ils ont admis une rougeole simple, une rougeole gastrique, une rougeole nerveuse, inflammatoire, etc. Nous pensons que c'est surcharger les livres de détails superflus.

La rougeole se termine ordinairement par résolution, à moins qu'une phlegmasie concomitante

n'emporte le malade. Mais si l'éruption est peu grave par elle-même, il n'en est pas de même de sa convalescence, où les accidents les plus variés peuvent atteindre le malade; les plus redoutables sont l'infiltration générale, les affections articulaires, les engorgements des glandes mésentériques et autres.

Il existe une multitude d'éruptions printanières qui affectent principalement les enfants, qui peuvent en imposer pour la rougeole; mais leur innocuité, leur peu de durée, ou au contraire leur persistance en quelque sorte chronique, l'absence de phénomènes de réaction, la connaissance d'une rougeole antécédente, et beaucoup d'autres circonstances, telles que l'absence d'une épidémie actuelle, etc., doivent faire reconnaître ces diverses éruptions.

La maladie avec laquelle la rougeole offre la plus grande ressemblance est bien certainement la scarlatine. Mais les plaques larges, d'un rouge vif, écarlate, ordinairement non saillantes de la scarlatine, doivent les faire distinguer.

Pétéchies.

Les pétéchies ne pouvant être considérées que comme un phénomène morbide symptomatique accompagnant les maladies typhoïdes, ne doivent pas figurer au nombre des exanthèmes. Nous en avons parlé dans notre premier volume.

L'éruption pourprée est aussi un phénomène symptomatique. Nous pensons qu'on a souvent confondu ces deux éruptions, et nous croyons qu'elles méritent d'être distinguées l'une de l'autre.

Les pétéchies sont bien véritablement une éruption ; elles disparaissent sous la pression, pour reparaître immédiatement après. Les taches pourprées sont de véritables ecchymoses, de vraies hémorrhagies sous-épidermiques ; elles ressemblent à des piqûres de puces dont le disque rose est effacé. Quelquefois elles acquièrent une certaine étendue ; la peau sur laquelle elles se montrent est ordinairement d'un jaune verdâtre, blafarde. Lorsque le pourpre est chronique, qu'il survient dans le scorbut, il est susceptible de résolution ; il n'en est pas de même dans les maladies aiguës, dans les affections typhiques, et dans les phlegmasies accompagnées d'un caractère particulier de gravité : dans ces cas, les malades courent les plus grands dangers.

Variole ou petite-vérole.

Ce n'est pas sans indignation que l'on voit des gens, dont le premier devoir est la bienfaisance et l'humanité, protéger de tout leur pouvoir la propagation de ce fléau. A voir l'acharnement avec lequel ils poursuivent le moyen préservatif, ne dirait-on pas que leur ministère est la destruction de l'espèce humaine? Ennemis implacables de toute

amélioration, de tous progrès, de toute lumière, on les voit soutenir et répandre les préjugés, décourager les mères de famille encore chancelantes dans leur résolution, effrayer par des tableaux affreux leur cœur maternel, et mettre même en usage jusqu'aux menaces les plus terribles. Qu'ils sont loin de ressembler à ce vénérable pontife qui força ses sujets, par un décret, de recourir au bienfait de la vaccine, et déclara tout citoyen romain non vacciné inhabile aux emplois publics: honneur à Pie VII, honneur à ce véritable apôtre de l'humanité!

La variole est une maladie meurtrière, qui, d'après l'expression énergique de Franck, a causé et cause encore plus de maux que toutes les pestes ensemble. Cette éruption fatale est due à un principe spécifique, contagieux; elle n'attaque ordinairement qu'une fois dans la vie le même individu; on croit cependant avoir des exemples bien constatés d'une double contagion. Un très petit nombre de personnes paraissent à l'abri de l'infection, mais on a pensé qu'elles avaient eu la variole dans le sein maternel, comme quelques faits semblent le prouver, ou qu'ayant eu seulement quelques boutons varioleux disséminés, on aura pensé qu'elles n'en avaient jamais été frappées.

Cette maladie est principalement caractérisée par des pustules élevées, de grandeur variable,

mais n'excédant guère le volume d'un pois lorsqu'elles sont isolées; pouvant être confluentes, réunies en groupe, affectant alors une figure irrégulière, déprimées vers leur centre, remplies d'un liquide d'abord transparent, puis opaque et purulent; qui se dessèchent vers le quatorzième jour, et se détachent en laissant une cicatrice creuse, ordinairement durable.

D'après la quantité des boutons, on a établi deux espèces de variole : la variole discrète et la variole confluente.

La première s'annonce par un certain nombre de phénomènes précurseurs absolument semblables à ceux qui devancent les autres phlegmasies cutanées, et que par cette raison nous ne répèterons pas.

Vers le troisième ou le quatrième jour on voit poindre sur les lèvres, sur le menton, sur les joues, enfin sur toute la face, une multitude de petites élévations rouges, dures, lesquelles sont bientôt surmontées d'une petite vésicule contenant un liquide transparent, roussâtre. Ces boutons se propagent avec rapidité à la poitrine, aux membres, au ventre, etc.; en vingt-quatre heures ils couvrent ordinairement toute la surface du corps. La face se tuméfie ainsi que les mains; les yeux ont de la peine à s'ouvrir, et seront bientôt complètement fermés; les articulations des doigts ne peuvent plus se fléchir. Les pustules sont isolées

les unes des autres, entourées à leur base d'une aréole rouge; le lendemain de leur apparition, le liquide devient blanc et opaque, leur sommet s'aplatit. C'est ordinairement sur le visage que se manifestent d'abord les changements qui doivent gagner un peu plus tard le reste du corps. L'éruption est générale et complète vers le deuxième jour, alors l'appareil fébrile qui accompagne cette éruption cesse ou diminue sensiblement.

La base des pustules s'élargit, rougit, et devient le siége d'une douleur pongitive. Vers le troisième jour de l'éruption, le gonflement général est plus marqué; il est surtout sensible à la face et aux mains. Les pustules augmentent de volume, le liquide qu'elles renferment prend tout-à-fait l'aspect purulent. Les quatrième, cinquième et sixième jours, les changements sont peu prononcés; mais à cette époque, c'est-à-dire vers les neuvième, dixième ou onzième jours à dater de l'invasion, le cercle rouge de la base commence à perdre de sa vivacité; les pustules s'affaissent, un point brunâtre apparaît vers leur centre, principalement au visage: c'est l'annonce de la dessiccation. Les pustules s'ouvrent quelquefois, et laissent suinter l'ichor qu'elles contiennent, lequel se sèche et forme une croûte jaunâtre. Au bout de quelques jours, quelques pustules ou fragments de croûte se détachent, et laissent apercevoir la peau rouge et souvent déprimée. La dessiccation s'opère sur le

tronc et sur les membres quelques jours plus tard, et à peu près de la même manière; les pustules se rompent moins souvent. C'est ordinairement du quinzième au vingt-unième que se termine cette variété simple de la petite-vérole; mais telle n'est pas toujours la marche de cette maladie.

Lorsque la suppuration se manifeste, il survient ordinairement un mouvement fébrile, qu'on a nommé fièvre de suppuration, et qui persiste jusqu'à la chute des boutons, et quelquefois même au-delà. C'est vers cette époque que l'air qui entoure le malade est imprégné d'une odeur spécifique repoussante, facile à reconnaître, et qui décèle la présence d'un corps particulier vraisemblablement doué de la funeste propriété de transmettre l'affection; mais il est nécessaire pour cela qu'il existe un certain nombre de pustules.

Dans la seconde espèce, dans la variole confluente, les accidents sont bien autrement graves. Les phénomènes précurseurs sont bien plus violents, bien plus intenses; ils ont ordinairement une durée moins longue; l'éruption apparaît quelquefois dès le deuxième jour.

Une multitude innombrable de boutons plus petits, moins élevés, rapprochés les uns des autres, se manifestent; ils sont bientôt surmontés d'une vésicule qui, à peine apparente, se réunit aux vésicules voisines, et prend un aspect irrégu-

lier. Alors, réunies entre elles, elles forment de larges phlyctènes, aplaties, qui couvrent une partie de la face, et quelquefois même sa totalité, de manière à lui former une espèce de masque. L'aréole rouge est moins large que dans l'espèce précédente, et cela s'explique facilement, puisque l'espace nécessaire manque, et qu'il est occupé par les pustules. La tuméfaction du visage est telle, qu'on ne distingue plus ni saillies ni enfoncements. La suppuration des boutons a lieu dès les premiers jours, et elle dure fort long-temps.

L'éruption variolique ne se borne pas à la peau: on la voit pénétrer dans l'intérieur de la bouche, sur la langue, dans le gosier, sous forme de petites vésicules blanches, aplaties. Quelques auteurs ont avancé que l'éruption ne se bornait pas là, et qu'elle pénétrait dans tout le canal alimentaire; d'autres, parmi lesquels il faut mettre Franck, ont douté de cette assertion; mais cet auteur a eu la sagesse de s'abstenir de prononcer sur cette question, parcequ'il n'avait pas de faits à l'appui de son opinion. Quelques modernes moins réservés ont nié complètement cette propagation. Je puis affirmer qu'elle existe. J'ai vu un canal alimentaire garni des mêmes pustules que celles de la bouche, depuis l'œsophage jusqu'au rectum. L'individu était mort dans la période de suppuration d'une variole confluente.

Les phénomènes généraux revêtent un carac-

tère alarmant d'intensité, mais c'est surtout du onzième au quinzième jour que ces phénomènes concomitants sont portés au plus haut degré. Nous ne les décrivons pas, parcequ'ils sont communs à toutes les maladies aiguës violentes, et ne peuvent par conséquent pas servir au diagnostic. Cette maladie se termine souvent par la mort. Lorsqu'elle se termine par la guérison, ce n'est que fort tard que la dessiccation a lieu; ce n'est quelquefois qu'au vingtième jour, au vingt-cinquième, et plus tard encore. La chute des croûtes laisse à découvert des ulcères profonds plus ou moins rebelles.

Des pustules peuvent s'être développées sur les cornées; alors une taie souvent incurable leur succède. Enfin cette affreuse maladie peut laisser après elle les traces les plus funestes et les plus irréparables.

Parmi les espèces de varioles tirées du caractère de la fièvre concomitante décrites par les auteurs, il est aisé de reconnaître les complications de cette éruption avec les phlegmasies des divers organes. Il est évident que la petite-vérole nerveuse n'est autre que la complication de cette maladie avec la méningite ou l'encéphalite. Un médecin très distingué de notre époque n'admet cependant pas cette complication: mais lorsqu'il existe des lipothymies, des soubresauts de tendons, de la carphologie, des convulsions, du délire, du coma, de l'agitation, de l'insomnie; lorsque l'éruption est

noire, qu'il existe des points gangréneux, que les déjections sont involontaires, nous croyons qu'il est difficile de rejeter cette complication. La coexistence de la gastrite est encore plus évidente dans la variole bilieuse ; la douleur épigastrique, sensible à la pression, les nausées, les vomissements, la soif, etc., tout décèle la présence de l'inflammation de l'estomac. La variole inflammatoire n'est que la complication de cette éruption avec un état pléthorique général, ou avec quelque phlegmasie parenchymateuse, etc. Nous devons donc renvoyer, pour les détails graphiques, à la description des différentes maladies qui la compliquent.

Mais on a fait aussi des espèces d'après la forme ou la nature de l'éruption ; et, bien que nous n'ajoutions pas une grande importance à ces objets scolastiques, nous ne pouvons cependant les omettre sans encourir quelques reproches.

Nous passerons sous silence la *discrète maligne* de Sydenham, ainsi que celle qu'il appelle *dysentérique*, parcequ'elles rentrent dans les espèces compliquées dont nous venons de parler; mais nous signalerons la variole cristalline discrète, dont les boutons, de la grosseur de pois, au moment de la suppuration, sont remplis d'une sérosité transparente ; la verruqueuse, dans laquelle les pustules sont racornies, dures, âpres, rugueuses au toucher, semblables à des verrues ; elles

ne tombent ordinairement que très tard, en général au bout d'un mois; la siliqueuse, dont les vésicules sont ordinairement molles, vides, ou remplies d'une humeur blanchâtre et ichoreuse; la petite-vérole miliaire, vésiculaire, pourprée, qui consiste en petites pustules miliaires, rares, remplies d'une sérosité très limpide, qui rendent la peau raboteuse, rude au toucher.

La variole confluente présente aussi quelques variétés: la confluente régulière de Sydenham; la confluente crystalline d'Helvétius; la petite-vérole cohérente, la noire, scorbutique, et la petite-vérole à placards du même auteur; distinctions peu importantes, et dont quelques unes peuvent être rapportées à des espèces décrites, telles, par exemple, que la scorbutique, qui ne paraît être que la variole maligne, etc.

Ce serait sans doute ici le lieu de décrire l'inoculation; mais ce moyen préservatif étant généralement abandonné, et remplacé par la vaccine, nous nous abstiendrons d'en parler.

Vaccine.

Fatigués par les tableaux continuels de nos infirmités, nos regards s'arrêtent avec complaisance sur l'un des plus grands services rendus à l'espèce humaine. La vaccine est une des plus belles découvertes des siècles modernes. Nous n'entrerons

pas ici dans les discussions qui se sont élevées relativement au véritable auteur d'une invention si utile; quel qu'il soit, quelque pays qui l'ait vu naître, il a droit à notre éternelle reconnaissance. Jenner doit être considéré comme le véritable inventeur de la vaccine, puisque sans lui l'humanité ne jouirait pas de ses bienfaits.

Chargé des vaccinations des enfants d'un quartier populeux (Saint-Marcel), en qualité de médecin des indigents du douzième arrondissement, j'ai eu de nombreuses occasions d'observer la vaccine dans toutes ses formes; et je me suis convaincu que l'on pouvait ici, comme dans tous les sujets sur lesquels on fixe spécialement son attention, écrire des volumes sur les variétés innombrables de cette éruption : mais l'amour de ces détails surabondants n'est que le partage des petits esprits; l'homme qui cultive la science avec quelque philosophie ne doit tenir compte que des différences qui peuvent offrir quelque utilité. Sous ce rapport, la distinction la plus importante est celle de la vaccine en préservatrice et non préservatrice, en *vraie* ou en *fausse*, comme on le dit dans le langage de l'école, épithète au moins ridicule, parce-qu'une vaccine, une pneumonie, etc., ne peuvent pas être *fausses;* elles sont ou ne sont pas, et voilà tout. Lorsqu'une maladie en simule une autre, il faut chercher à la distinguer, lui appliquer un autre nom, et ne pas lui donner l'épithète de fausse,

parceque cette épithète ne peut rien signifier.

La vaccine régulière, normale, préservatrice, se présente avec les caractères suivants : immédiatement après l'insertion du virus vaccin, il survient une rougeur irrégulière de quelques lignes d'étendue, telle que serait celle que produit un frottement un peu fort; en même temps la partie se tuméfie légèrement. Ces phénomènes sont instantanés ; ils disparaissent après quelques minutes. Pendant trois jours on n'aperçoit que les traces d'une piqûre légère, sans la moindre apparence d'inflammation ; mais, à la fin du troisième jour, quelquefois seulement au quatrième, on reconnaît une petite éminence rouge, de la grosseur d'une pointe d'épingle, et qui occupe précisément le lieu de la piqûre. Petit à petit ce bouton se développe, devient sensible à la vue et au toucher; son sommet est pointu, et vers le cinquième jour il prend de la transparence ; le sixième jour on peut apercevoir assez facilement un liquide séreux, diaphane, légèrement jaunâtre ; le septième et le huitième jour ce bouton s'élargit, s'aplatit légèrement à son sommet, s'entoure d'une aréole rouge de quelques lignes de diamètre, enfin revêt toute l'apparence d'une pustule. Dès lors on peut faire usage du fluide qu'il renferme pour inoculer la vaccine. Ce fluide paraît contenu dans de petites aréoles réunies. Le neuvième jour le liquide commence à se troubler légèrement ; l'aréole s'é-

largit encore. Le dixième et le onzième jour, le liquide se trouble tout-à-fait, se convertit en pus, et n'est plus propre à transmettre une vaccine régulière. L'aréole diminue déjà vers le douzième jour, en même temps que le centre de la pustule brunit et commence à se dessécher. Cette dessiccation dure jusqu'au vingtième jour; enfin, du vingt-cinquième au trentième, les croûtes se détachent, et laissent à leur place une cicatrice analogue à celle des pustules varioliques, mais plus large. Telle est la marche de la vaccine régulière.

Il est cependant quelques vaccines irrégulières qui peuvent préserver de la variole. C'est ainsi que j'ai vu les boutons n'apparaître que le dix-huitième jour, et cependant produire une bonne vaccine.

Pour peu qu'on ait observé ou, ce qui vaut mieux, pratiqué la vaccine, il est très facile de reconnaître l'espèce préservatrice de celle qui ne l'est point. Dans celle-ci, les boutons naissent quelquefois dès le second jour, atteignent promptement tout leur développement, croissent, se dessèchent et tombent avant le neuvième jour.

Willan, cité par Bateman, a décrit plusieurs variétés de vaccine irrégulière : les boutons présentent une forme différente; ils manquent souvent d'aréole, ou bien sont entourés d'une aréole écarlate; dans quelques cas, il ne se manifeste

qu'une ulcération au lieu de pustules, etc. : on devra toujours se défier d'une vaccine qui ne présentera pas les caractères que nous venons d'attribuer à l'espèce préservatrice.

Un exanthème aigu naissant, des maladies chroniques de la peau, les affections herpétiques, les teignes, les croûtes laiteuses, etc., peuvent entraver, suspendre, empêcher le développement de la vaccine, et détruire son effet préservateur; un virus vaccin trop vieux ou mal conservé, des instruments rouillés, enfin une multitude de circonstances peuvent exercer une influence neutralisante, et même produire divers accidents.

Petite-vérole volante, varicelle, vérolette, vérette.

Il n'est pas certain que cette maladie légère se développe sous l'influence d'un principe contagieux: cependant elle paraît n'affecter qu'une fois le même individu pendant le cours de sa vie.

C'est principalement sous le rapport de sa ressemblance avec la variole que nous en parlons ici. Cette ressemblance a quelquefois fait croire que la même personne avait eu deux fois la petite-vérole.

Les phénomènes précurseurs sont nuls ou très légers, et les phénomènes de réaction sont à peine prononcés. L'éruption est ordinairement disséminée, rare; les pustules sont éparses sur toute la surface du corps. Elles atteignent très prompte-

ment, dès le deuxième jour, leur plus haut degré de développement, elles se dessèchent, et tombent trois ou quatre jours après leur apparition ; les traces qu'elles laissent sont légères et fugaces ; j'ai cependant vu chez une jeune dame des vestiges de varicelle qui ressemblaient beaucoup à ceux de la variole. La vaccine, que je lui pratiquai, ôta tous les doutes, en se développant de la manière la plus régulière. Le fluide contenu dans les pustules de la varicelle n'acquiert jamais la consistance ni l'opacité du pus. Tels sont les caractères que Cullen attribue à cette éruption innocente.

Zona, zoster, etc.

Le zona est une éruption qui m'a toujours étonné par sa singularité. Il est en effet bien extraordinaire, et en quelque sorte merveilleux, qu'une éruption n'occupe précisément que la moitié de la ceinture ; à quoi peut tenir une semblable disposition ?

J.-P. Franck prétend que cette maladie est assez rare, et qu'il ne l'a observée que quatre fois. Elle est très commune à l'hospice de la Salpêtrière, où nous avons de fréquentes occasions de voir les maladies de la peau sous toutes leurs formes.

Les caractères locaux du zona sont : un sentiment d'ardeur, de démangeaison, de douleur vive, de chaleur âcre et brûlante dans la partie que me-

nace l'éruption ; bientôt une rougeur légère surmontée d'une multitude de petites vésicules pointues, transparentes, d'abord discrètes, puis confluentes. Le zona commence tantôt vers la partie voisine de la colonne vertébrale et se propage de proche en proche jusque vers la région moyenne antérieure du tronc ; tantôt il suit une marche invérse ; enfin il peut commencer par le flanc. Dans tous ces cas il se développe de manière que dans la partie qui a d'abord été le siége de l'éruption elle est presque terminée, tandis que dans la dernière atteinte elle est encore à ses premiers rudiments. Les vésicules, d'abord discrètes, transparentes, deviennent confluentes, bleuâtres, noirâtres, ou flavescentes, opaques, elles s'affaissent vers le milieu ; elles paraissent sous formes irrégulières, en grappes, etc.; leur base est entourée d'un cercle rougeâtre qui s'étend assez loin ; au bout de quelques jours les boutons se dessèchent, forment des croûtes, et tômbent ; mais ordinairement la douleur vive persiste avec beaucoup d'opiniâtreté.

Si le siége le plus ordinaire du zona est l'une des deux moitiés du tronc, je l'ai cependant observé à la face, au cou, sur les extrémités supérieures et inférieures. Je l'ai vu naître à la partie supérieure du sternum, gagner l'épaule, et parvenir, par la partie antérieure du bras, jusqu'à l'extrémité des doigts, où il expirait ; d'autres fois

revenir par la partie postérieure de l'extrémité thoracique et se terminer à la partie moyenne du dos, etc. Cette éruption est très facile à reconnaître ; elle n'est nullement contagieuse, non plus que des phlegmasies aiguës dont nous allons parler.

Miliaire, millet, millot, suette, pourpre blanc, etc.

Malgré les écrits d'un grand nombre d'auteurs, ou peut-être même à cause de ces écrits, on est loin d'être d'accord sur le sujet qui nous occupe. La miliaire est-elle un exanthème, une phlegmasie idiopathique de la peau, ou bien n'est-elle qu'un symptôme comme les pétéchies dans le typhus ? Cette éruption peut-elle survenir dans une multitude de maladies, ou n'est-elle que le symptôme d'une maladie spéciale ? A-t-on toujours décrit la même éruption sous le nom de miliaire ?

De Haën, Cullen, et Bosquillon qui partage leur avis, regardent l'éruption dont nous parlons comme un simple phénomène symptomatique. Les médecins de nos jours ayant eu occasion de voir des éruptions de cette forme dans presque toutes les maladies ont adopté l'opinion qu'elles n'étaient que symptomatiques et qu'elles méritaient peu d'importance. Nous pensons que ce qui donne lieu à la diversité de sentiments à ce sujet, c'est que la maladie peut être idiopathique, c'est-à-dire une phlegmasie particulière de la peau dont l'éruption

est le phénomène principal, et plus souvent un exanthème accidentel qui se montre dans beaucoup de maladies. Nous pensons aussi que les auteurs sont loin d'avoir décrit sous le nom de miliaire la même affection, ce qui jette encore beaucoup d'obscurité sur son histoire.

Bateman pense que cette éruption n'est point analogue à la rougeole, à la variole, etc., mais qu'elle n'est que symptomatique. M. Chomel déclare positivement qu'il n'existe pas de maladie qui doive porter le nom de fièvre miliaire : quoi qu'il en soit, voici quels sont les caractères de cette éruption.

Dans le principe on observe des vésicules très petites, transparentes, remplies d'une sérosité limpide, diaphane, quelquefois rouges comme leur base enflammée. J'en ai vu dont la base n'était nullement colorée, les boutons ressemblaient parfaitement à de petites gouttelettes de sueur : c'est le *sudamina* des auteurs. En peu de temps elles acquièrent une opacité laiteuse, opaline ; ces vésicules sont arrondies, de la grosseur d'un grain de millet ; l'éruption est plus prononcée au cou, à la poitrine et au dos, que partout ailleurs. Elle est précédée de phénomènes fébriles, d'un grand abattement, d'une sueur aigrelette très abondante, et accompagnée d'une démangeaison assez vive.

La marche de la miliaire est irrégulière, elle

peut paraître et disparaître plusieurs fois, sa durée est variable ; elle peut durer depuis sept jusqu'à dix jours. Des espèces d'aphthes se développent quelquefois sur la langue et dans l'arrière-bouche. Elle se termine par une espèce de dessiccation et d'efflorescence.

Cette maladie, au rapport de Willan, a presque entièrement disparu depuis que les méthodes excitantes ne sont plus en usage. Sydenham professa cette opinion, qui fut adoptée par De Haën, White de Manchester, et d'autres médecins que nous avons cités ; mais cette assertion est loin d'être confirmée par les faits. Les plus récents, et qui doivent avoir d'autant plus de poids qu'ils ont été recueillis par M. Rayer, militent contre cette manière de voir. Tous les malades de ce médecin avaient été traités par les antiphlogistiques, et cependant la miliaire ne s'est pas moins manifestée. Au reste cette espèce d'épiphénomène est si peu grave qu'il mérite à peine de fixer notre attention.

Urticaire.

L'urticaire est une des éruptions les plus légères qui affectent l'espèce humaine, et l'une des plus aiguës. Elle ne dure souvent que quelques heures, et rarement dépasse-t-elle le troisième jour. Elle peut donner lieu cependant à des phénomènes de réaction assez prononcés. Le peu d'importance

de cette éruption n'a pas empêché Bateman d'en admettre six espèces d'après Willan : *febrilis*, *evanida*, *perstans*, *conferta*, *subcutanea*, *tuberosa*. J.-P. Franck en reconnaît trois : la *maculeuse*, la *vésiculaire*, la *tuberculeuse;* il y comprend l'*essère* des auteurs.

Dans son plus grand état de simplicité j'ai vu les papules de l'éruption ortiée, c'est-à-dire le développement de tumeurs semblables à celles que font naître les piqûres d'orties, dures, blanches, jaunâtres, de la largeur de l'ongle, plus ou moins saillantes, irrégulières, entourées à leur base d'une bande rosée, s'effectuer instantanément, en plongeant les bras dans de l'eau froide, et disparaître peu de temps après qu'on avait essuyé ces parties, et qu'elles avaient repris leur température naturelle. Il n'y avait alors aucun symptôme général, et même la démangeaison était à peine prononcée ; mais l'urticaire est rarement aussi aiguë.

Au bout de quelques jours d'un état fébrile, après quelques phénomènes précurseurs, l'éruption que nous venons de décrire se manifeste ; elle est accompagnée d'une démangeaison, d'un prurit insupportable. Un des phénomènes les plus singuliers de cette maladie, c'est qu'elle augmente avec le froid et diminue avec la chaleur : « *illud enim singulare habent, quòd in frigido magis emergant, et in calido evanescant.* » Vogel., etc.

Cette éruption couvre toute la surface du corps,

mais d'une manière irrégulière. Elle est excitée par le frottement ; dans le jour elle est moins active que le soir, où il existe un léger paroxysme. Les symptômes fébriles, la chaleur, la démangeaison et l'insomnie peuvent durer environ huit jours ; quelquefois on aperçoit une légère desquamation.

Des différences dans la durée, dans la fréquence des récidives, dans le nombre des boutons, dans leur saillie plus ou moins prononcée, leur volume plus ou moins fort, etc., ont seules servi de bases à la distinction des espèces ; nous ne les jugeons pas assez importantes pour les exposer ici.

Pemphigus.

Cullen, Franck, Willan et Bateman s'accordent pour rayer le pemphigus du nombre des éruptions idiopathiques accompagnées d'un appareil fébrile; le dernier rapporte cette maladie au genre pompholix, dont il admet trois espèces, d'après son maître et son ami Willan, sous le nom de *pompholix benignus*, *diutinus*, *solitarius.*

Le premier est caractérisé par l'apparition successive de bulles transparentes, de la grosseur d'un pois, ou quelquefois d'une noisette, contenant un liquide séreux, limpide, jaunâtre, semblables à de véritables ampoules, sans aucune inflammation ambiante, qui se rompent au bout de trois ou quatre jours, laissent échapper la sérosité qu'elles con-

tiennent, et guérissent bientôt. La face, le cou et les membres en sont particulièrement le siége.

Je puis affirmer ici que j'ai vu cet été plusieurs cas de pemphigus, c'est-à-dire de bulles, dont la base était enflammée, élevée et dure, elle était entourée d'une véritable aréole. Ces vésicules ressemblaient assez bien à la piqûre de certains insectes. Elles étaient rares et disséminées ; lorsque la vésicule était rompue, la partie sous-jacente restait encore tuméfiée pendant quelques jours; c'est bien là le pemphigus décrit par Sauvages et révoqué en doute par Cullen. Le pompholix diutinus paraît s'en rapprocher beaucoup, mais est en même temps bien plus grave.

Nous terminerons ici le diagnostic des maladies aiguës de la peau. Nous avons donné les caractères distinctifs des plus importantes d'entre elles ; celles qui nous resteraient à décrire, ou sont très rares, ou si légères qu'elles ne doivent pas entrer dans un ouvrage élémentaire. Nous renvoyons le lecteur aux ouvrages écrits *ex professo* sur cette matière, et aux leçons de notre savant collègue le docteur Biett.

Nous parlerons bientôt des phlegmasies qui s'étendent jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

§ II. Phlegmasies chroniques de la peau.

Ainsi que nous venons de le faire pour les phleg-

masies aiguës de la peau, nous allons nous borner à tracer les signes caractéristiques des principales maladies chroniques. Celles qui réclament plus fréquemment nos soins dans la pratique sont les dartres, les teignes, la gale, le prurigo, etc.

Nous passerons sous silence les taches, les éphélides, l'éléphantiasis, la plique, l'ichthyose, la lèpre, etc., maladies plus curieuses que vraiment utiles à connaître, puisqu'elles sont ou au-dessus de nos moyens, ou très rares, ou même incertaines.

Gale.

La gale est une éruption éminemment contagieuse; elle apparaît le plus ordinairement sous forme de petites vésicules légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, transparentes, contenant un liquide séreux, visqueux, jaunâtre, déterminant un prurit très vif, et se montrant surtout dans le pli des articulations.

Après un temps d'incubation plus ou moins long et qui varie suivant les âges, les sexes, les constitutions, les saisons, etc., depuis cinq ou six jours jusqu'à plusieurs semaines, il se manifeste sur le point qui a été soumis à la contagion, une rougeur faible, de l achaleur, de la démangeaison. En regardant avec attention on aperçoit de légères saillies, surmontées de petites vésicules transparentes. Le prurit augmente par toutes les causes

qui excitent la circulation, et principalement par la chaleur du lit. Les boutons ou plutôt leur base est rosée, et d'autres fois sans changements de couleur à la peau. Peu à peu l'éruption gagne les parties voisines, les boutons sont plus prononcés, plus volumineux ; on reconnaît distinctement la petite vésicule qui les surmonte. Ils se propagent, s'étendent, se rapprochent au point que la partie de la peau qui les sépare participe à l'inflammation. Le prurit augmente et devient insupportable, les malades ne peuvent résister au désir de se gratter, ils déchirent avec leurs ongles les vésicules dont le fluide s'échappe, se dessèche et forme des croûtes légères et peu adhérentes. Cette éruption occupe surtout l'intervalle des doigts, le pli du poignet, et généralement toutes les parties du corps où la peau est fine et délicate, et plus particulièrement le pli des articulations ; il n'est pas rare de la voir envahir toute la surface du corps lorsqu'elle n'est soumise à aucun traitement. Les boutons peuvent quelquefois acquérir le volume et le caractère de pustules, chez quelques individus où les systèmes circulatoire et respiratoire prédominent.

Cette maladie marche avec d'autant plus d'énergie et de rapidité que les sujets qu'elle affecte sont plus forts, plus jeunes, mieux constitués ; elle parcourt ses périodes avec d'autant plus de lenteur qu'ils sont plus vieux et plus débiles. On ob-

serve des différences analogues pour les climats et les saisons.

On a beaucoup exagéré les accidents occasionés par la gale. Il paraît à peu près prouvé que les altérations d'organes concomitantes que l'on a décrites comme produites par elle, étaient en général antécédentes ou purement accidentelles.

On a regardé la gale comme produite par un insecte particulier auquel on a donné le nom d'*acarus scabiei.* Un grand nombre d'auteurs du plus grand mérite affirment l'avoir vu, et quelques uns l'ont décrit avec exactitude. Ingrassias et Joubert en avaient soupçonné l'existence ; Moufet en parla d'une manière plus positive ; Morgagni affirma l'avoir vu ; François Redi, Linnée, de Geer, Fabricius, Latreille, cherchèrent à en fixer les caractères ; M. Galès assure l'avoir trouvé toutes les fois qu'il l'a cherché, et cependant les recherches de M. Alibert, et principalement celles de M. Biett, suivies avec la plus grande persévérance, faites avec les précautions les plus attentives, n'ont jamais pu faire reconnaître cet insecte.

J.-P. Franck, rejetant avec raison toutes les distinctions minutieuses, n'admet qu'une espèce de gale, et il est suivi en cela par M. Biett. Cette manière de procéder nous paraît bien plus philosophique que celles des auteurs qui cherchent à multiplier les distinctions minutieuses.

La gale est en générale facile à reconnaître,

mais il est pourtant un assez grand nombre d'éruptions avec lesquelles on peut la confondre.

Les principales maladies qui peuvent être prises pour la gale sont le *lichen simplex* et *urticatus*, le *prurigo*, l'*eczema rubrum* et *impetiginodes*, et l'*ecthyma*. Nous nous serions abstenu de parler de ces éruptions sans cette circonstance, qui nous détermine à en donner les principaux caractères.

Prurigo.

Le *prurigo* est une éruption non contagieuse, très commune chez les vieillards, et que nous avons de fréquentes occasions d'observer à la Salpêtrière. Elle diffère de la gale par deux caractères principaux, sa non-contagion et son siége qui, comme nous le dirons, occupe les membres et le tronc, et non l'intervalle des doigts et les plis des articulations. Les boutons du *prurigo* ont d'ailleurs la plus grande analogie avec ceux de la gale. Cependant Willan, et après lui Bateman, le range dans son ordre Ier des papules, tandis qu'il place la gale dans son ordre V des pustules ; il en admet trois espèces, qu'il appelle *mitis*, *formicans*, *senilis*.

Le prurigo consiste donc dans de petits boutons, pleins, durs, légèrement saillants, qu'on aperçoit difficilement dans les premiers jours de l'invasion, parcequ'ils conservent la couleur de la peau, mais qu'on ne tarde pas à voir distinctement, parceque le prurit qu'ils occasionent force le

malade à se gratter avec force. Alors il déchire avec ses ongles la sommité du bouton, qui se recouvre d'un petit caillot de sang desséché. La poitrine, le cou, les épaules, le dos, sont les lieux que cette éruption occupe de préférence; mais bientôt elle se propage et gagne les membres, et principalement les membres thorachiques. Les plis des articulations et l'intervalle des doigts sont ordinairement épargnés par cette éruption.

La sensation produite par le prurigo est pénible et désagréable, elle ressemble au fourmillement que certains insectes produisent en rampant sur la peau.

Lichen.

La principale différence qui existe entre le lichen et la gale, c'est que le premier consiste en des boutons pleins, durs, avec ou sans changement de couleur à la peau, tandis que l'autre se manifeste sous forme de petites vésicules entourées d'une aréole rosée. Le lichen n'est point contagieux, et il occupe le trajet des membres, le dos de la main, la face, etc., et non les plis des articulations. Ces caractères suffiraient déjà pour le faire reconnaître; la description suivante en marquera mieux encore la différence.

Le lichen simple est une éruption de boutons rouges, naissant d'abord sur la face ou sur les bras, et s'étendant, en trois ou quatre jours, sur

le tronc et les membres pelviens; elle est accompagnée d'un fourmillement incommode, et non de prurit. Elle peut rester stationnaire pendant une semaine, après quoi elle pâlit, et se termine par une véritable desquamation, des exfoliations farineuses, et non pas des croûtes; sa durée est très variable; M. Biett l'a vue durer plusieurs années.

Lorry trace ainsi qu'il suit les signes distinctifs de la gale et du lichen : *Primò à scabie differunt, quòd papulæ illæ vulgò magis confertæ sint et elatiores; secundò, quòd rubicundæ magis et minus aridæ sint; tertiò, quòd sæpè sanatis febribus superveniant; quartò, quòd latiores sint, et sæpiùs recidivam patiantur quàm vera et legitima scabies; quintò, quòd in furfur abeant notabile; sextò, demùm, quòd remediis sanentur à scabiei curatione alienis.*

Le *lichen urticatus*, ajouté par Bateman aux espèces décrites par Willan, ressemble peu à la gale; il consiste en des papules larges, élevées, ressemblant à des morsures de punaises ou de cousins, enflammées, prurigineuses, brûlantes, *dépourvues de vésicules*, ayant leur siége au cou, à la face; irrégulières dans leur apparition et dans leur disparition.

Les boutons se réunissent quelquefois, deviennent confluents; ils s'effacent en laissant une véritable desquamation.

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies de la peau ont distingué sept espèces de lichen, à savoir, le *simplex*, le *pilaris*, le *circumscriptus*, l'*agrius*, le *lividus*, le *tropicus*, l'*urticatus*. On sent que nous ne pouvons donner les caractères de toutes ces espèces sans dépasser les bornes que nous nous sommes imposées.

Ecthyma, psydracia de Franck.

Cette éruption de pustules n'est point contagieuse ; elle est tellement rare en France que nous nous abstiendrions d'en parler sans sa ressemblance avec la gale, lorsque celle-ci est compliquée de pustules. Au moins n'entrerons-nous dans aucun détail sur ses espèces, qui sont l'*ecthyma vulgare*, *infantile*, *luridum*, *symptomaticum*, *cachecticum*.

Une éruption de pustules dures sur quelques parties des extrémités, sur le cou et les épaules, qui atteint son développement en trois ou quatre jours ; entourées d'un cercle inflammatoire ; présentant à leur sommet une vésicule contenant du pus ; qui se rompent au bout de deux ou trois jours, pour laisser échapper la matière purulente, laquelle est bientôt remplacée par un fluide moins consistant ; se convertissant au bout de quelques jours en écailles brunes, qui tombent au bout d'une semaine : telle est l'ecthyma dans son plus grand état de simplicité.

On voit que la forme de l'éruption, sa marche, sa terminaison, son siége, sa nature, etc., ne peuvent permettre de la confondre avec la gale.

Cette éruption aurait dû être placée parmi les maladies aiguës de la peau ; nous ne l'avons décrite ici que pour le diagnostic de la gale.

Eczema.

On a admis trois espèces d'eczema, l'*eczema solare*, l'*eczema impetiginodes*, l'*eczema rubrum*; celles qui offrent le plus de ressemblance avec la gale sont l'eczema impetiginodes, ensuite l'eczema rubrum.

Cette maladie vésiculeuse ne se communique pas par contagion. L'eczema impetiginodes est une éruption de petites vésicules séparées, remplies d'un liquide transparent, fortement adhérentes à la peau, légèrement proéminentes, s'élevant et croissant avec lenteur, occasionant de la chaleur, de la cuisson et quelquefois du prurit. Ces vésicules se rompent au bout d'un certain temps et laissent écouler un fluide qui semble enflammer et corroder les parties voisines. L'épiderme devient dur, inégal, se gerce et rougit. Le siége de cette éruption est ordinairement les mains, les bras, la poitrine, le cou, les épaules ; mais il n'est pas rare de la voir envahir toute la surface du corps. Ce qui peut la faire distinguer de la gale, c'est qu'elle occupe souvent la paume des

mains et la plante des pieds, où la gale parvient rarement; qu'elle occasione une cuisson bien différente du prurit de la gale, enfin qu'elle n'est pas contagieuse.

L'eczema rubrum est précédé de gonflement, de rougeur, de tension, et se manifeste ordinairement à la partie interne et supérieure des cuisses et au scrotum. Les aines, les aisselles, les plis des bras, les poignets, les mains, sont souvent occupés par cette éruption. Elle consiste en une multitude de vésicules petites, transparentes, qui dans deux ou trois jours acquièrent le volume d'une tête d'épingle, et deviennent laiteuses. Ce caractère la distingue éminemment de la gale et des autres exanthèmes cutanés. Elle gagne quelquefois toute la surface du corps; elle détermine un gonflement plus ou moins considérable, une vive sensibilité et une forte démangeaison.

Les vésicules se rompent et laissent suinter un liquide âcre qui irrite les parties voisines; ce liquide s'épaissit, exhale une odeur fétide; il se forme des excoriations générales, puis des gerçures profondes aux plis des articulations, enfin des croûtes squameuses, jaunes, flavescentes, qui tombent au bout d'un temps plus ou moins long, relativement à son étendue et à son intensité.

Dartres.

J'admire l'excellent esprit de J.-P. Frank lors-

qu'il s'applique à faire disparaître les distinctions superflues qui embarrassent plutôt qu'elles ne facilitent l'étude des maladies. Je me range avec plaisir de son avis lorsqu'il dit que les divisions des dartres fondées uniquement sur les apparences extérieures ne sont que l'expression d'un degré différent d'intensité, ou d'un siége différent, et qu'on ne doit nullement les regarder comme des espèces particulières. Il admet cependant, à l'instar de Galien, cinq espèces de dartres : la farineuse, la miliaire, la rongeante, la phagédénique, et la dartre interne. Il décrit aussi la mentagre séparément.

M. le professeur Alibert, auquel M. Bateman reproche de s'être servi du mot *dartre* d'une manière vague et indéfinie, en a fait un bien plus grand nombre d'espèces : il admet la dartre *furfuracée, squameuse, crustacée, rongeante, pustuleuse, phlycténoïde* et *érythémoïde*, distinctions sans doute importantes dans un traité spécial ; mais d'autant moins utiles dans un ouvrage élémentaire qu'elles modifient fort peu le traitement.

Le reproche de Bateman n'est pas dépourvu de fondement, puisque l'on range sous une même dénomination un grand nombre d'objets qui sont loin de présenter les mêmes caractères. Cependant on peut dire que les affections cutanées que l'on désigne sous le nom générique de dartres, quoique se présentant sous des apparences diverses, n'en ont pas moins un grand nombre de points de ressemblance.

Les dartres sont en général formées par de petits boutons rouges, transparents, jaunâtres, environnés d'une aréole rouge, enflammés à leur base, réunis en groupe, occasionant un prurit variable, un sentiment de démangeaison légère ou de formication, de brûlure, de piqûre, d'élancements, de tension, etc. Les boutons s'ouvrent spontanément ou par le frottement. Il peut survenir des ulcérations rebelles, d'où s'écoule une matière ichoreuse irritante. Enfin il se forme des écailles, des croûtes, qui tombent en desquamation. Ces exanthènes chroniques sont ordinairement exempts de phénomènes généraux ; il paraît certain qu'ils ne se communiquent pas par contagion.

Il est difficile de ranger dans cette définition la dartre furfuracée de M. Alibert, laquelle consiste en une simple efflorescence de l'épiderme sans altération du corps muqueux. Frank en fait une espèce à part, sous le nom de porrigo, et Bateman la place dans le genre *squamæ*, sous la dénomination de *pityriasis*.

Nous allons exposer les caractères de ces éruptions qui nous ont paru les plus remarquables.

La dartre farineuse de Sauvages, à laquelle on doit rapporter les dartres furfuracées de M. Alibert, le porrigo de J.-P. Frank, le chloasma du même auteur, le pityriasis de Bateman, peut-être la lèpre simple et la dartre squameuse, écailleuse, etc., qui ne me paraissent être que des variétés peu impor-

tantes de la même maladie, est caractérisée par la séparation de l'épiderme sous la forme d'une poussière légère, ou d'écailles de diverses dimensions et de formes variables.

Ces efflorescences sont quelquefois précédées de petits boutons imperceptibles à l'œil nu, peu sensibles au toucher, sans changement de couleur à la peau et rarement rouges; elles occasionent un prurit plus ou moins vif. Ces éruptions peuvent occuper toutes les parties du corps.

Les croûtes, de quelque forme et de quelque couleur qu'elles soient, n'auraient pas dû servir de base à une distinction d'espèces; elles ne nous paraissent qu'un effet secondaire, peu propre à servir de caractère diagnostique. Ces croûtes sont le résultat de l'exhalation et de la concrétion, sur la peau, d'une matière puriforme sécrétée par des espèces de boutons ou par des altérations particulières, plus ou moins superficielles, de la peau: c'est la dartre miliaire des anciens. Il se manifeste sur plusieurs points de la peau une tuméfaction accompagnée ou plutôt précédée de prurit, de chaleur et de tension, une rougeur plus ou moins vive, une douleur insupportable après les repas et pendant la nuit. Il s'élève sur cette partie sensiblement enflammée une multitude de papules, et quelquefois de pustules et même de vésicules, qui contiennent un liquide variable, qui devient blanc, opaque, et s'échappe au dehors par la rupture des

boutons, spontanée ou produite par le frottement. La base des pustules est ulcérée; le fluide qui s'en échappe se dessèche pour former des écailles ou des croûtes grisâtres, jaunâtres, fauves, épaisses ou minces, tombant avec facilité ou adhérentes, etc., circonstances qui ont fait admettre un grand nombre de variétés de dartres au moins superflues. Les dartres pustuleuses, la mentagre, la couperose, la miliaire, les dartres crustacées, ne sont que des variétés de cette espèce. La dartre phlycténoïde n'en diffère que par le volume plus ou moins considérable des vésicules; il est douteux que cette variété soit une véritable dartre. Nous ne pensons pas que le zona, qui a été mis au nombre de ces éruptions, ait le caractère dartreux. C'est bien essentiellement une phlegmasie aiguë.

Nous devons cependant mentionner d'une manière particulière la dartre rongeante de M. Alibert, la phagédénique des anciens auteurs: elle est caractérisée par des ulcères qui s'étendent avec une effrayante rapidité et détruisent plus ou moins profondément les tissus qu'ils envahissent. Cette dartre paraît être le plus haut degré de développement des espèces précédentes. Nous adoptons entièrement l'opinion de Frank, qui s'exprime en ces termes sur toutes les distinctions qu'on a voulu établir parmi ces éruptions : *Herpetis solita... divisio formæ potiùs, ac vehementiæ, quàm diversæ hoc*

in morbo naturæ fundamento innititur. (Tome II, page 89.)

Teignes.

Ce que nous venons de dire des dartres s'applique tout aussi rigoureusement aux teignes. Les distinctions établies par les auteurs, et principalement par M. Alibert, ne nous paraissent pas d'une haute importance.

La teigne ou les teignes, affection qui se rapproche beaucoup des dartres, occupe particulièrement la tête et la face ; elle peut s'étendre aux épaules et de là aux autres parties du corps ; elle atteint de préférence les enfants. Elle consiste en ulcères prurigineux, serpigineux, qui versent une très grande quantité de matière ichoreuse, laquelle se condense en écailles ou en croûtes de différentes formes, qui ont fourni les caractères principaux des variétés admises par le professeur Alibert. Cet auteur établit en effet d'après cette base cinq espèces de teignes. La teigne faveuse, la teigne granulée ou rugueuse, la teigne furfuracée ou porrigineuse, la teigne amiantacée, enfin la teigne muqueuse.

La plupart des teignes sont précédées d'un sentiment de chaleur, d'ardeur, de prurit, de tension. Les glandes du cou et de la nuque se tuméfient, deviennent tendues, douloureuses ; il existe quelquefois de la céphalalgie ; la démangeaison aug-

mente. On reconnaît une élévation plus ou moins large; une espèce d'excoriation, d'ouverture étroite qui surmonte la tumeur, laisse échapper une humeur visqueuse, épaisse, jaune, plus ou moins fétide, qui se répand dans les cheveux, les agglutine en se coagulant par le contact de l'air. La tête est bientôt entièrement couverte de croûtes d'aspect variable : tantôt ces croûtes présentent l'apparence de petites excavations circulaires (teigne faveuse, alvéolée); tantôt celle de petits grains séparés, grisâtres, brunâtres, irréguliers (teigne granulée ou rugueuse); tantôt celle de plaques irrégulières, jaunes, flavescentes, se détachant avec facilité, recouvrant non seulement la tête, mais s'étendant au front, aux tempes, aux oreilles et à la face (teigne muqueuse). D'autres fois le liquide se coagule sous forme lamelleuse, en écailles surfuracées, blanches, plus ou moins épaisses, humides ou sèches, adhérentes ou se détachant avec facilité (teigne furfuracée); enfin les écailles peuvent être luisantes, argentines, réunir les cheveux en faisceaux, leur donner un aspect brillant, soyeux, chatoyant, qu'on a comparé à celui de l'amiante (teigne amiantacée).

Lorsque les tubercules sont rapprochés et confluents, la matière ichoreuse est plus abondante, et les croûtes sont plus épaisses. Ces croûtes sont soulevées par le liquide qui suinte au-dessous; bientôt elles sont déchirées, fendues, et laissent

écouler le fluide accumulé sous elles ; une large plaque mêlée de cheveux, d'un aspect hideux et dégoûtant, recouvre la tête entière. La peau sous-jacente est altérée, ulcérée ; les bulbes des cheveux sont sinon détruits directement, au moins fortement affectés ; un amaigrissement plus ou moins marqué survient ; des douleurs atroces tourmentent le malade, qui peut mourir de cette maladie, ce qui pourtant arrive rarement.

Lorsque les croûtes tombent, on aperçoit des ulcérations superficielles, rouges, luisantes, qui ne tardent pas à se recouvrir d'un nouveau fluide, qui se concrète comme le premier. Lorsque la guérison a lieu, la peau reste souvent lisse et luisante; d'autres fois des cheveux lanugineux croissent irrégulièrement sur ces têtes à demi chauves.

On a confondu avec les teignes, et particulièrement avec la teigne muqueuse, les croûtes de lait qui attaquent la première enfance. Nous pensons que ces deux affections méritent d'être distinguées.

Ces dernières naissent ordinairement sur la face, autour des lèvres, sur les joues, et quelquefois sur le front. La partie se gonfle, se tuméfie, devient douloureuse, rouge et luisante ; bientôt de petites vésicules jaunes, transparentes, plus ou moins larges, apparaissent sur le sommet de ces tubercules, lesquelles par leur rupture laissent échapper un fluide coagulable qui donne lieu à des croûtes d'un jaune rougeâtre, plus ou moins épais-

ses, qui peuvent occuper tout le visage de l'enfant. Cette éruption occasione du prurit et une inquiétude considérable.

La croûte laiteuse diffère de la teigne et par son siége et par son innocuité. Elle cède facilement à des applications adoucissantes. Sous le nom de porrigo, Willan désigne la même maladie que les teignes de M. Alibert; ne reconnaît pas précisément les mêmes espèces. Le porrigo de Frank n'est autre chose que la teigne furfuracée de l'auteur français.

Nous ne croyons pas devoir parler des diverses taches qui ternissent la peau le plus ordinairement d'une manière indélébile. Leur peu de danger et leur incurabilité rendent superflue toute dissertation à leur sujet, surtout dans un ouvrage où l'on ne doit faire entrer que les choses vraiment utiles à connaître. Ainsi les diverses éphélides, les *nævi*, le vitiligo, l'alopécie, ne méritent guère de nous arrêter. L'érythème, les diverses ecchymoses, le chloasma, que Frank a réunis dans le même ordre, ne doivent pas davantage fixer notre attention. Les pliques, les lèpres, les ichthyoses, l'éléphantiasis, les cancroïdes, les pians, etc., etc., ne sauraient être que des objets d'une curiosité assez stérile. Nous n'avons dû nous arrêter que sur les phlegmasies cutanées les plus importantes.

Des maladies du tissu cellulaire.

La chirurgie dispute à la médecine la propriété

des maladies du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que certaines maladies de la peau qui s'étendent jusqu'à ce tissu. L'on trouve en effet dans les ouvrages des chirurgiens la description du phlegmon, du furoncle, de l'anthrax, du charbon, de la pustule maligne, qu'on retrouve aussi dans les écrits des médecins. Méprisant ces prétentions, peu dignes de gens qui cultivent la science avec une certaine philosophie, nous n'entrerons nullement dans ces disputes puériles et ridicules ; déjà trop riche des matériaux immenses qui forment notre domaine, nous abandonnerons volontiers ces parcelles dont nous sommes peu jaloux. Nous nous bornerons à mentionner l'emphysème, l'œdème et l'endurcissement du tissu cellulaire.

Emphysème du tissu cellulaire.

L'emphysème reconnaît presque toujours pour cause une plaie pénétrante du poumon ; mais nous avons déjà dit qu'il était aussi le résultat d'une exhalation morbide spontanée ; il peut même être provoqué par une insufflation extérieure, comme Sauvages en rapporte un exemple remarquable.

La peau est tendue, blanche, luisante, élastique, indolente ; elle est tuméfiée dans une étendue plus ou moins considérable. La tumeur, lorsqu'elle est peu volumineuse, n'est pas circonscrite ; ses bords se perdent insensiblement dans la portion

saine. Lorsqu'on la comprime, elle ne conserve nullement l'impression des doigts, et elle fait entendre une véritable crépitation, tout-à-fait analogue à celle qui résulte de la compression du tissu pulmonaire sain ; la poitrine, le cou, la face, les paupières, les mamelles, les bras, le scrotum ou les grandes lèvres, les cuisses, les jambes, en un mot toutes les parties du corps se gonflent ; toutes les saillies, tous les enfoncements disparaissent ; le cou acquiert le volume de la tête ; les mamelles de l'homme égalent celles d'une femme qui allaite ; les parties du corps où le tissu cellulaire est lâche acquièrent le plus grand développement. L'air peut pénétrer dans l'intérieur des viscères, et occasioner des phénomènes locaux et généraux plus ou moins graves.

Les signes locaux que nous venons d'exposer ne permettent pas de méconnaître cette affection, et doivent suffire en effet pour la faire distinguer de toute autre.

L'emphysème peut être général ou partiel.

Lorsqu'il dépend d'une plaie pénétrante dans la poitrine, de celle de quelques organes des voies aériennes, il occasione les accidents les plus graves, il acquiert un énorme développement, et devient souvent mortel. La description des phénomènes organiques et fonctionnels de l'emphysème traumatique appartient à la chirurgie.

Œdème.

Ce que nous avons dit au commencement de ce volume sur les exhalations séreuses morbides s'applique entièrement à l'œdème. Presque toujours symptomatique, il est rare en effet que cette infiltration soit idiopathique. On doit donc la considérer bien plutôt comme un simple phénomène morbide que comme une maladie.

L'œdème, ou leucophlegmatie, anasarque, lorsque l'épanchement est général, consiste dans l'infiltration plus ou moins considérable de sérosité dans le tissu lamineux sous-cutané et souvent dans les organes voisins. On le reconnaît à une tumeur blanche, luisante, non circonscrite, froide, indolente, non élastique, recevant et *conservant l'impression du doigt*, laquelle met un certain temps à s'effacer.

Cet œdème peut être quelquefois le résultat de la station, d'un certain degré de faiblesse dans les convalescences, etc.; mais il dépend le plus souvent d'un obstacle mécanique aux cours des fluides, d'une phlegmasie chronique, ou de quelque altération profonde des organes, etc.

Endurcissement du tissu cellulaire.

Cette maladie, particulière au premier âge, a beaucoup occupé les médecins depuis une quarantaine d'années; mais malgré les discussions, les dissertations sans nombre que cette maladie a fait

naître, on est encore loin d'être d'accord sur sa nature. Un jeune médecin fort instruit, qui a publié des recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés, a exposé dans son ouvrage toutes les opinions émises à ce sujet, les a longuement combattues, et a lui-même établi une théorie nouvelle sur l'endurcissement du tissu cellulaire du fœtus et l'enfant nouveau-né. Nous n'avons pas été convaincu par ses raisonnements. Les objections qu'il adresse à un grand nombre d'auteurs ne nous ont pas paru victorieuses, et les preuves sur lesquelles il fonde sa doctrine ne nous ont pas semblé indestructibles. Quoi qu'il en soit, on doit tenir compte à M. Denis des travaux considérables qu'il a dû faire sur cette affection.

Ennemi que nous sommes de toute spéculation oiseuse, dont le plus grave inconvénient n'est pas de faire perdre un temps précieux, mais qui, par les opinions qu'elles propagent comme des vérités rigoureuses, causent la perte d'une partie de l'espèce humaine, en conduisant à une thérapeutique erronée, bornons-nous, en historien fidèle, à faire connaître les caractères de la maladie qui nous occupe.

On admet deux variétés d'endurcissement du tissu cellulaire, l'une séreuse ou œdémateuse, l'autre concrète ou adipeuse. La première se présente avec les caractères suivants.

Cette maladie, qui paraît attaquer le fœtus ainsi que le nouveau-né, consiste dans une tumeur dure, résistante, froide, pâle ou livide des extrémités ou des joues. Le degré de consistance varie suivant que l'endurcissement est léger, intense ou très intense. La tumeur est molle, empâtée, mais diffère de l'œdème en ce qu'elle ne conserve pas l'impression du doigt, et de l'emphysème en ce qu'elle n'est pas élastique et ne fait pas entendre de crépitation. La température est toujours au-dessous du degré naturel, et d'autant plus que la tuméfaction est plus prononcée et plus récente; lorsqu'on échauffe artificiellement les parties malades, elles ne tardent pas à reprendre leur température primitive. La couleur rose tendre de la peau devient violette, livide; la perspiration est suspendue, d'où résulte une sécheresse remarquable de la surface cutanée. Une contraction permanente, en quelque sorte tétanique, affecte plusieurs muscles, tandis que d'autres sont dans un relâchement particulier.

Le malade est agité, il pousse des cris, des vagissements; mais ces cris, ces vagissements ont quelque chose d'insolite, de faible, d'obscur. Le pouls est petit, concentré, peu fréquent, peut-être même au-dessous du type normal; la langue est blanche, ou légèrement rouge sur ses bords; il existe parfois des vomissements, du dévoiement, de la constipation. Plus tard la déglutition devient

difficile, la respiration laborieuse; les cris sont aigus et faibles.

A mesure que l'endurcissement se propage, que non seulement les extrémités, mais encore les joues et le reste du corps sont envahis, les phénomènes généraux deviennent plus alarmants. Une torpeur comateuse, l'impossibilité presque complète de la déglutition, l'insensibilité de la respiration, etc., précèdent l'instant fatal, qui, suivant la marche plus ou moins rapide de l'endurcissement, peut arriver depuis le premier jusqu'au vingtième jour. Quelquefois la maladie se termine par résolution; alors les parties endurcies reprennent graduellement leur souplesse, la chaleur revient.

La seconde variété, ou l'endurcissement concret, offre les phénomènes locaux et généraux que nous allons exposer.

Les parties endurcies présentent la fermeté du suif; la peau, d'un blanc jaunâtre, a l'apparence de la cire, elle ne peut glisser sur les muscles et en suivre les mouvements; les membres paraissent bosselés de tumeurs inégales, irrégulières, disséminées, très dures. Au dernier degré, les membres endurcis semblent avoir été congelés; leur consistance est telle, que la percussion est sonore. Le froid est très sensible au contact, les mouvements presque impossibles. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans cette variété on observe

peu de phénomènes nerveux, et les symptômes fournis par la digestion, la circulation et la respiration sont moins prononcés que dans la variété séreuse. On voit que les différences principales consistent dans le degré de densité, dans la couleur de la peau, et dans le plus ou le moins de dérangement dans ses fonctions; dans l'une, la sérosité produit l'endurcissement; dans l'autre, l'augmentation de la graisse et sa coagulation.

Phénomènes organiques. Les aréoles du tissu lamineux sont distendues, dans la première variété, par une quantité plus ou moins grande de sérosité très albumineuse, transparente ou légèrement colorée en jaune ou en rouge, quelquefois à demi concrète; les muscles, le tissu cellulaire qui les entoure, le tissu de la pie-mère, participent à cet état. Dans la seconde variété, le tissu adipeux paraît engoué d'une matière sébacée opaque, épaisse, compacte, jaunâtre, plus riche en stéarine que la graisse ordinaire. Dans l'une et dans l'autre, les ganglions lymphatiques paraissent manifestement altérés; ils sont volumineux, rouges, injectés ou pâles, engorgés et mous.

On trouve des altérations dans le cerveau, dans les poumons, dans les organes digestifs, ce qui a fait naître diverses opinions sur le siége primitif de la maladie qui nous occupe. On a pensé que l'endurcissement du tissu cellulaire était un simple symptôme, tantôt d'une arachnitis ou d'une

encéphalite, tantôt d'une pneumonie, tantôt d'une gastro-entérite. On remarque en effet des modifications organiques morbides, qu'on peut regarder comme le résultat de ces phlegmasies; mais sont-elles elles-mêmes un effet ou précèdent-elles l'endurcissement?

M. Troccon, qui a observé souvent l'hépatisation du poumon chez les enfants endurcis, pense que la pneumonie est la maladie principale. M. Denis, plus imbu des préceptes de la doctrine dite physiologique, croit que l'endurcissement est une phlegmasie entéro-cellulaire. Il combat pourtant l'opinion de M. Broussais, qui pense que cette affection est un érysipèle approchant du caractère phlegmoneux. Au reste, ce médecin réfute aussi les opinions de MM. Troccon, Andry, Alard, Broussais, Breschet, Leger, Liberali, Marteau, d'Auvity, Horn, Underwood, Hulme, Naudeau, Hufeland, Wichmann, Lodeman, etc.

DEUXIÈME SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE ET DE SES DÉPENDANCES.

Peut-être pensera-t-on que nous aurions dû renvoyer plus loin les maladies de l'encéphale; mais ces maladies sont aujourd'hui aussi claires, aussi connues que celles des organes digestifs ou

respiratoires, et par conséquent aussi faciles à étudier ; nous n'avions donc aucune raison de les séparer de celles de la peau. Nous continuerons à exposer les affections des appareils de la vie de relation, dont la peau fait partie, dans les classifications physiologiques.

§ I. Diagnostic des maladies de l'encéphale.

Les maladies de l'encéphale et de ses dépendances sont nombreuses ; le soin qu'on a mis dans ces derniers temps à l'investigation anatomique du cerveau, a fait reconnaître une multitude d'altérations locales, dont on ne soupçonnait pas même l'existence dans la médecine antique. Plusieurs de ces lésions locales ont pu être reconnues dans le vivant au moyen de signes qui leur sont propres, c'est-à-dire qu'on a en même temps découvert leur expression fonctionnelle; quelques unes ne peuvent être que soupçonnées ; d'une autre part, il est des maladies qu'il est impossible de ne pas placer dans le système nerveux, et dont on ignore le caractère organique, d'où il résulte une grande difficulté dans la classification de ces diverses maladies. Prendra-t-on pour base de cette classification les modifications organiques ou les modifications fonctionnelles ? mais les premières ne sont pas toutes connues, et beaucoup de celles que l'on connaît n'ont pas de signes propres,

Les altérations fonctionnelles, connues depuis long-temps et bien appréciées, telles que l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, la catalepsie, la danse de Saint-Weit, etc., ne donnent lieu à aucune altération organique constante. Les diverses classifications admises par les auteurs ne pouvaient donc être que vicieuses, puisque la connaissance des maladies dont nous parlons était si imparfaite; aussi n'adopterons-nous aucune de celles qui existent chez eux : notre but n'étant d'ailleurs que de rapprocher les unes des autres les affections qui se ressemblent, et de faire voir en quoi elles diffèrent; cette ressemblance étant particulièrement fournie par les symptômes, nous nous bornerons à grouper ensemble les affections cérébrales dont les signes offrent le plus d'analogie.

La division des maladies du cerveau en aiguës et en chroniques est de la plus haute importance pour leur diagnostic. Nous avons déjà fait voir dans le premier volume de cet ouvrage que cette distinction était l'un des meilleurs moyens d'arriver à la connaissance de l'espèce de maladie qui existe. Nous conserverons donc cette division, accordant volontiers que, sous tout autre rapport, elle n'est pas moins défectueuse que toute autre. Comme second moyen d'analyse non moins puissant, nous distinguerons des maladies du cerveau en générales et locales, suivant qu'elles occupent le système encéphalique tout entier, ou simplement une

partie plus ou moins étendue, plus ou moins circonscrite.

Dans la première division nous comprendrons la congestion cérébrale, l'inflammation du cerveau et des méninges, l'hydrocéphale aiguë, l'hémorrhagie et les ramollissements; nous y ajouterons l'anémie et la polyæmie; quant à la céphalalgie qu'on peut nommer nerveuse ou névropathie cérébrale, il en sera question en parlant des maladies dont le siége est inconnu, mais probable.

Quant à la commotion, aux contusions, aux plaies, la pathologie externe s'est emparée de ces maladies, nous n'en traiterons pas.

Nous placerons dans la seconde division l'hydrocéphale chronique, le cancer, le tubercule, le fongus, les tumeurs osseuses, les acéphalocystes, l'atrophie, l'hypertrophie et le développement irrégulier de l'encéphale.

Anémie cérébrale.

Si l'on saigne à blanc un homme, ou si l'on fait subir à un animal vivant une perte abondante de sang, tous les organes se trouvent privés de leur excitant propre, de sang. Alors ils cessent plus ou moins complètement leur action, et chacun d'eux présente des phénomènes particuliers. Si quelques causes agissent de la même manière que les saignées copieuses, c'est-à-dire si un individu perd

plus qu'il ne répare, des phénomènes semblables se manifesteront. Notre plan ne nous permettant pas d'entrer dans le détail de ces causes, nous devons passer tout de suite à l'exposition des phénomènes morbides immédiats et médiats.

Phénomènes morbides directs. L'anémie cérébrale, lorsqu'elle est complète, est signalée par la perte de connaissance, par la syncope ; mais, avant de perdre connaissance, l'individu éprouve un trouble remarquable dans tous les sens ; les objets lui paraissent comme voilés ; il ne les aperçoit que comme à travers un nuage ; ils paraissent tourner autour de lui ; l'oreille ne perçoit plus ou que très peu les sons extérieurs, mais il existe des bourdonnements importuns ; le toucher devient obtus et les autres sens insensibles à leurs excitants propres ; le sommeil est léger, peu réparateur ; les organes des mouvements sont loin de rester étrangers à ces phénomènes. Lorsque l'anémie est peu prononcée, il existe seulement une faiblesse musculaire plus ou moins grande, le malade ne peut se livrer au moindre exercice, il éprouve des lassitudes spontanées, bientôt des engourdissements dans divers membres ou dans tous à la fois, impossibilité de les mouvoir, et (chose singulière !) si l'on expérimente sur un animal vivant et que l'on pousse la saignée jusqu'à le faire périr, des *convulsions générales* s'emparent de lui et précèdent la mort d'une manière immédiate.

Dans l'homme, l'anémie produit l'affaiblissement des facultés intellectuelles ; dans cet état il est incapable d'attention, de mémoire, de jugement, tout aussi bien que de perception. La moindre application, le plus léger travail intellectuel est insoutenable.

La sensibilité générale n'est pas diminuée d'une manière remarquable.

La face est pâle, les yeux sont ternes et languissants, les lèvres décolorées.

Phénomènes morbides indirects. La peau est pâle et froide, la langue pâle aussi et quelquefois jaunâtre et livide ; la soif nulle, l'appétit peu prononcé, à moins cependant que l'anémie ne soit le résultat de l'abstinence : alors faim dévorante portée jusqu'au délire furieux, ainsi que nous l'atteste l'exemple encore récent du naufrage de la Méduse ; selles supprimées, urines ténues ; respiration lente et pénible, rare ; pouls petit, misérable et parfois insensible ; copulation impossible, érection nulle, etc.

Phénomènes organiques. Si l'individu succombe, on trouve les membranes cérébrales, le cerveau lui-même exsangues et décolorés, les sinus sont vides de sang, les parois des vaisseaux sont affaissées sur elles-mêmes, aplaties.

Comme il est difficile que l'anémie ne se manifeste que sur un organe, on trouve dans l'économie animale tout entière des changements analogues à ceux que nous venons de signaler.

Polyæmie, ou pléthore cérébrale.

Lorsque le sang arrive avec trop d'abondance dans l'encéphale, bien que l'individu ne soit pas précisément malade, il se manifeste cependant des phénomènes fonctionnels qui s'éloignent de l'état physiologique.

Signes locaux. — *Phénomènes fonctionnels immédiats.* L'état de pléthore cérébrale n'est pour ainsi dire qu'un degré moindre que la congestion, et des symptômes analogues l'accompagnent. La différence majeure qui existe dans ces deux états, c'est la perte de connaissance, qui n'a pas lieu dans la polyæmie cérébrale. Autrement on observe dans l'une comme dans l'autre, éblouissements, visions d'étincelles, d'objets colorés en rouges; bruit, tintements d'oreilles; céphalalgie, somnolence, insomnie, surexcitation morale, intellectuelle, ou, au contraire, incapacité d'esprit, attention peu soutenue; membres lourds, engourdis; fourmillements, picotements généraux, etc.

Signes généraux. — *Phénomènes fonctionnels médiats.* Face rouge, animée, yeux brillants, injectés; battement des carotides et des temporales; peau chaude, rosée, halitueuse; pouls fort, ondoyant, plein, peu fréquent, etc.; enfin en général les symptômes de la polyæmie.

Phénomènes organiques. Il n'arrive jamais qu'un individu succombe par la pléthore cérébrale; mais

dans toute autre affection inflammatoire qui peut entraîner la mort du malade, on peut observer la polyæmie dont nous parlons, alors on trouve dans le cadavre l'injection vasculaire plus ou moins prononcée de l'encéphale et de ses membranes.

Congestion cérébrale, ou coup de sang.

Signes locaux. — Modification, altération directe des fonctions propres à l'organe affecté. L'abord plus ou moins rapide du sang dans la substance de l'encéphale constitue la congestion cérébrale. La difficulté que le sang, parvenu dans le cerveau, éprouve à retourner dans les autres parties, occasione aussi la congestion cérébrale. Cet état doit nécessairement donner lieu à des troubles notables dans les fonctions de cet organe.

Ainsi la congestion cérébrale est caractérisée par des étourdissements, des vertiges, des bruits, des tintements d'oreilles; des éblouissements, des étincelles; par l'état brillant et larmoyant des yeux; par de la céphalalgie, de la somnolence ; de la chaleur et de la rougeur à la face. Ces symptômes persistent pendant quelque temps à des degrés divers : ils disparaissent et reviennent plusieurs fois, accompagnés de fourmillements et de picotements dans les membres, ordinairement des deux côtés ; enfin le malade perd connaissance d'une manière plus ou moins brusque. Cette perte de connaissance est quelquefois portée jusqu'au carus le plus

complet, avec résolution des membres; les sens sont insensibles à tous les excitants, même les plus énergiques; elle peut alors en imposer pour une hémorrhagie cérébrale considérable ou centrale. Mais au bout de quelques heures tout cet appareil de symptômes disparaît; il reste encore de l'engourdissement dans les membres et quelquefois même une véritable paralysie, laquelle ne tarde pas à se dissiper complètement; elle cesse ordinairement d'exister au bout d'un ou deux jours. Lorsque la congestion cérébrale est très forte, elle peut être suivie d'une mort prompte, même lorsqu'elle n'offre aucune espèce de complication.

Signes généraux. — La digestion peut n'éprouver aucun changement; cependant les malades ont quelquefois des nausées, des vomissements, et presque toujours de l'inappétence. La défécation peut être involontaire ainsi que la miction, pendant la perte de connaissance; la respiration est plus ou moins gênée, mais rarement stertoreuse; le pouls est fort, fréquent; les artères temporales battent avec violence; la peau est chaude, halitueuse, etc.

La prompte cessation des accidents les plus graves en apparence, la marche rapide de cette affection, en forment les caractères principaux et tiennent à la nature même de l'altération organique, qui, n'étant pas profonde, est de nature à se dissiper avec promptitude.

La congestion cérébrale est ordinairement générale; mais j'ai eu de fréquentes occasions d'en observer de purement locales. Rien n'empêche en effet qu'une congestion ne puisse avoir lieu seulement dans l'un des deux hémisphères cérébraux ; alors les signes sont locaux et peuvent être pris pour ceux d'une hémorrhagie locale légère. Il existe engourdissement et paralysie d'un seul côté, etc. ; mais ces accidents se dissipent trop vite pour être attribués à une lésion profonde de la substance cérébrale.

Phénomènes organiques. Lorsqu'un individu a succombé à une maladie de ce genre, soit simple, soit compliquée, on trouve à l'ouverture du corps les méninges et le cerveau plus ou moins profondément congestés. Il est des cas où le cuir chevelu et même les os du crâne sont rouges violacés et laissent échapper une certaine quantité de sang par toutes les solutions de continuité que l'on y a pratiquées. Les vaisseaux et surtout les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir. Lorsqu'on sépare du cerveau l'arachnoïde de la pie-mère, on obtient une plaque d'un rouge plus ou moins foncé, les vaisseaux qui la parcourent sont saillants et gorgés de sang, et ils en laissent échapper une certaine quantité. La surface des circonvolutions est d'une teinte plus ou moins foncée, fauve, brunâtre; si l'on pratique une incision à la substance corticale, on la trouve plus brune que dans l'état

physiologique, et les orifices des vaisseaux tronqués laissent échapper des gouttelettes de sang proportionnées aux diamètres de leurs aires; des phénomènes analogues s'observent sur la substance médullaire, laquelle a perdu sa blancheur ; peu de temps après une section, on voit sourdre, par des myriades de petits points, une infinité de petites gouttes de sang qui présentent l'aspect d'une multitude de grains de sable ; les gros vaisseaux, et principalement les veines du cerveau, sont gorgés d'une grande quantité de sang. Telle est la congestion cérébrale. Lorsqu'un individu a éprouvé un ou plusieurs coups de sang, qu'il en a été guéri, et qu'il a succombé à une autre maladie, on ne trouve rien dans le cerveau, il n'y a plus aucun vestige de l'ancienne affection.

Méningites.

D'après les principes de la médecine organique, la connaissance d'un organe et de ses fonctions doit conduire à la connaissance des signes qui caractérisent ses maladies. En effet, lorsque nous reconnaissons une lésion de tissu, nous devons parvenir à établir quels doivent être les phénomènes fonctionnels morbides que cette lésion détermine. Les poumons sont-ils malades, la gêne de la respiration sera le premier symptôme qui se manifestera. Le cœur, l'estomac sont-ils affectés, des dérangements plus ou moins prononcés se feront remar-

quer dans la circulation et la digestion, etc. Mais quels seront les phénomènes morbides fonctionnels de l'altération d'un organe dont les usages sont inconnus, ou du moins ne se manifestent nullement au dehors?

Connaissons-nous précisément l'usage des membranes qui enveloppent l'encéphale? Organes accessoires de cet important viscère, elles sont destinées à favoriser ses mouvements par l'exsudation d'une légère sérosité, à le protéger contre les agents extérieurs; mais les méninges ne président ni à la pensée, ni aux sensations, ni à la sensibilité, ni à la myotilité. Ce ne sera donc pas par des modifications dans ces fonctions que pourront se manifester leurs maladies, et si l'on observe des altérations dans ces actes cérébraux, il faudra bien admettre que l'encéphale lui-même est altéré, est malade; que les méninges seules ne le sont pas, qu'elles exercent une influence plus ou moins directe sur le cerveau. Servant, comme nous l'avons dit, à favoriser l'exercice de ce viscère, dès le moment où elles seront altérées au point de ne pouvoir remplir leurs fonctions, il est clair que le cerveau devra donner des signes de la gêne qu'il éprouvera. Les signes fonctionnels des affections des méninges seront donc des signes cérébraux; mais encore une fois ces signes ne seront pas directs, immédiats. Ainsi lorsqu'on a dit qu'un des signes constants et caractéristiques de la ménin-

gite était le *délire*, je pense qu'on a commis une erreur ; car le délire prouve d'une manière indubitable que la portion de l'encéphale qui préside à l'intelligence est altérée d'une manière primitive ou consécutive. Nous avons dans un autre ouvrage cité des exemples de méningites terminées par suppuration, lesquelles n'avaient occasioné aucun trouble dans les fonctions intellectuelles, et l'on sait qu'il existe une multitude de cas où le délire a lieu sans que les méninges soient malades : cela se conçoit parfaitement, puisque ce ne sont pas les méninges qui pensent.

Mais puisque les phénomènes morbides fonctionnels les plus directs sont des altérations dans les actes cérébraux, c'est bien avec raison que quelques auteurs ont confessé leur impuissance dans la distinction des signes qui différencient la méningite de l'encéphalite. Cependant les recherches d'anatomie pathologique m'ont souvent convaincu de l'existence de la méningite indépendante de l'encéphalite, de même qu'elles démontrent l'existence de la pleurésie, de la péritonite, etc., indépendante de la pneumonie, de la gastro-entérite, etc. Il ne serait donc pas sans importance de chercher quelles sont les nuances qui peuvent les faire distinguer l'une de l'autre. Sous le rapport du pronostic, je crois que cette distinction doit être très intéressante ; car il n'y a pas de doute qu'une inflammation bornée aux membranes ne soit in-

finiment moins dangereuse que celle qui attaque le tissu même d'un organe tel que le cerveau.

Nous ne chercherons pas à établir de différence entre l'arachnitis et l'inflammation de la pie-mère, bien que dans quelques circonstances, rares à la vérité, l'une de ces membranes puisse être enflammée, sans que l'autre le soit : leurs signes sont exactement les mêmes, c'est pourquoi nous les comprenons l'une et l'autre sous le nom de méningite, ainsi que l'a fait M. Guersent dans le *Dictionnaire de médecine.*

Phénomènes fonctionnels. Les usages des membranes cérébrales ne se manifestant à nos sens par aucun acte extérieur appréciable, il pourrait rigoureusement arriver qu'elles fussent malades sans que le médecin en eût connaissance ; il doit y avoir en effet beaucoup de méningites latentes. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir de ces sortes d'inflammations terminées par suppuration, sans que l'intelligence ni les mouvements eussent été altérés, et cela jusqu'au dernier moment. Ces cas ne sont pas rares chez les personnes avancées en âge ; mais le plus ordinairement les méninges étant enflammées, l'organe dont elles sont chargées de favoriser les fonctions manifeste la gêne qu'il éprouve dans l'exercice des actes auxquels il préside. Ces phénomènes, quoique indirects, sont très analogues à ceux qui caractérisent l'inflammation cérébrale elle-même ; mais tels qu'ils sont,

ils sont les seuls qui puissent conduire à reconnaître la méningite.

Les phénomènes fonctionnels qui caractérisent cette maladie varient suivant la période, suivant le siége et la marche de la méningite.

Cette inflammation dans son type normal présente trois périodes : l'une d'excitation ou d'invasion, la deuxième d'inflammation déclarée, et la troisième de compression ou de terminaison. Il arrive fréquemment que quelqu'une de ces périodes n'existe pas ; quant à son siége, cette affection est générale ou locale ; enfin, quant à sa marche, elle est aiguë ou chronique.

La méningite occupe le plus ordinairement la portion des membranes qui revêtent la convexité des lobes cérébraux, au moins chez l'adulte. La portion qui tapisse la base du crâne en est plus fréquemment le siége dans l'enfance ; enfin, on l'a observée bornée aux ventricules et à la protubérance annulaire. Nous ferons remarquer ici que l'existence de l'arachnoïde sur les parois ventriculaires est révoquée en doute par quelques physiologistes modernes des plus distingués ; ce qui pourrait imprimer quelque doute sur l'existence de l'*arachnitis* des parois ventriculaires.

La méningite aiguë régulière de la convexité des lobes cérébraux s'annonce par une douleur de tête violente et d'un caractère particulier ; cette céphalalgie fait pousser aux enfants des cris qui re-

viennent par intervalles ; elle s'accompagne de somnolence ; quoique continue, elle se fait sentir avec plus d'intensité de temps à autre ; elle occupe ordinairement la région frontale, quelquefois sincipitale, occipitale, ou autres ; elle augmente par les mouvements qu'on imprime aux malades.

Une chose très digne de remarque, et qui doit beaucoup servir dans le diagnostic des maladies qui nous occupent, c'est que les phénomènes fonctionnels que produit la méningite sont ordinairement généraux, quoique la maladie soit bornée, c'est-à-dire qu'il existe des symptômes des deux côtés du corps, relativement aux organes sensitifs, des mouvements et du sentiment ; et cela, parcequ'en général l'inflammation, quoique partielle, attaque les deux côtés à la fois. Les cas sont bien rares où les méninges ne sont malades que d'un côté ; j'en ai cependant cité quelques exemples dans mon ouvrage sur les maladies du cerveau.

La douleur de tête se manifeste ordinairement à la suite d'un frisson plus ou moins violent ; la face est quelquefois pâle, mais plus souvent colorée, et exprime la douleur ; les yeux sont hagards, brillants, injectés, larmoyants, sensibles à la lumière, et partant souvent fermés ; ils ne peuvent supporter le moindre jour. Les malades croient voir des feux, des étincelles ; les images des corps se nuancent de diverses couleurs, et changent de figure ; le moindre bruit est insupportable ; des

tintements, des sifflements, des cloches, des ruisseaux, des battements, semblent se faire entendre dans la tête ; les autres sens paraissent aussi dans un état d'excitation. Les réponses sont brèves, il existe une exaltation manifeste, mais point encore de délire ; le caractère du malade semble changé, il est brusque, chagrin, impatient, sa figure exprime la douleur, il grince des dents.

D'ailleurs, la peau est chaude, le pouls ordinairement fréquent et développé, la langue est sèche et rouge, la soif vive, il existe souvent des vomissements, mais sans douleur épigastrique et manifestement sympathiques de l'état du cerveau. On remarque d'ailleurs peu de changement dans les autres fonctions.

Il arrive fréquemment chez les vieillards que cette première période n'existe pas du tout. Le malade perd tout-à-coup connaissance, comme dans la congestion ; mais à cette perte de connaissance succèdent des phénomènes fébriles, qui distinguent cette maladie du coup de sang.

Au bout d'un temps indéterminé et variable, un, deux ou trois jours, suivant la rapidité plus ou moins grande de la maladie, le délire, qui d'ailleurs n'existe pas toujours, se déclare : il est ordinairement furieux ; le malade crie, s'agite, se lève, menace, frappe, crache sur les assistants, etc. Si le mal de tête persiste, il ne produit aucune plainte ; les yeux et les autres sens ne sont plus

irrités par leurs excitants naturels; les pupilles commencent à se dilater ou se contractent, et le strabisme s'établit ; la face présente un aspect convulsif ; les lèvres sont tirées d'un ou des deux côtés ; le pouls est plus ou moins développé, quelquefois irrégulier, tremblant ; il est rarement à cette époque plus faible et plus lent que dans l'état ordinaire ; la langue est toujours rouge, la soif vive, et souvent le vomissement persiste.

A cet état succède bientôt un abattement plus ou moins marqué, abattement qu'on ne doit pas prendre pour un calme véritable. Le malade a cessé de crier ; des soubresauts dans les tendons, de la carphologie, des mouvements convulsifs, quelquefois de la contracture, apparaissent dans les membres, et principalement aux membres thoraciques. Les pupilles se dilatent, et les yeux ainsi que les autres sens deviennent insensibles à leurs excitants ordinaires ; ils roulent dans leurs orbites ; un silence affreux a succédé au délire bruyant, le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Jusque là le sommeil avait fui ses paupières, il n'avait éprouvé qu'une somnolence fatigante ; maintenant il est plongé dans un coma profond ; les membres sont encore raides et contractés, mais bientôt ils sont tombés dans une résolution complète. Cet état est l'effet de l'épanchement de sérosité qui survient ordinairement à cette époque de la maladie ; mais il peut avoir

lieu sans épanchement; l'injection simple du cerveau, ou sa compression par toute autre cause, peuvent le déterminer.

La face est pâle, décolorée; les yeux ternes, pulvérulents, à demi fermés, convulsés en haut; les pommettes saillantes, les tempes creuses, le nez effilé, les oreilles froides, les lèvres sèches, appliquées contre les dents; celles-ci sont aussi sèches, luisantes, couvertes d'un enduit fuligineux; la langue est dure, brune et sèche; la déglutition difficile et souvent bruyante; le ventre se météorise, la défécation et la miction s'opèrent à l'insu du malade.

La peau est froide, ou couverte d'une sueur visqueuse; le pouls est petit, inégal, irrégulier; la respiration rare, quelquefois stertoreuse; l'air expiré froid et fétide, et le malade succombe dans le plus grand nombre des cas au bout de quelques jours, de deux ou trois septénaires, rarement plus tard.

Tels sont les principaux symptômes de la méningite aiguë des hémisphères cérébraux. Les moments d'exacerbation sont très irréguliers; la chaleur de la peau, la couleur du visage, varient sans cause connue d'un moment à l'autre. Les périodes de la maladie n'ont rien de fixe; elles peuvent manquer tour à tour, et quelquefois se confondre. Lorsque la maladie se termine par la guérison, les symptômes diminuent alors graduel-

lement d'intensité, la résolution s'opère plus ou moins rapidement, avec ou sans phénomènes critiques.

Lorsque la méningite occupe la base du cerveau ou l'intérieur des ventricules, elle signale sa présence par quelques différences dans les symptômes qui l'accompagnent, ainsi que l'ont remarqué MM. Parent et Martinet. Alors il existe moins de délire, le malade conserve la presque intégrité de son intelligence; son attention est seulement diminuée, ainsi que les autres facultés intellectuelles. Il répond lentement, mais juste, aux questions qu'on lui adresse; la somnolence est presque continuelle, et le coma se manifeste promptement. D'ailleurs la céphalalgie existe, mais principalement au-dessus des orbites; les pupilles se dilatent et les yeux se dévient de leur axe promptement; les sens sont peu sensibles aux excitants qui leur sont propres : en général, les signes d'irritation, de surexcitation, sont moins prononcés que dans la précédente variété. Les autres phénomènes nerveux ont beaucoup d'analogie; il est inutile d'en refaire ici la longue énumération. Au reste ces différences, qui attestent les progrès de la médecine dans la partie graphique des maladies, ne sont pas d'une grande importance dans le traitement qui leur convient.

Il n'en est pas de même de leur marche aiguë ou chronique; les moyens thérapeutiques ne pou-

vant être les mêmes, il importe de pouvoir les distinguer. Or, l'espèce chronique de la méningite se reconnaît autant à la lenteur de sa marche qu'au peu d'intensité des phénomènes morbides. Les troubles des appareils sensitifs et locomoteurs sont peu prononcés, et bien souvent l'intelligence est libre, à moins cependant que l'inflammation n'ait son siége sur les membranes de la convexité; alors, au rapport de M. Bayle, qui a décrit cette variété de la méningite, le malade délire, et ce délire peu violent, quelquefois taciturne, roule en général sur des idées ambitieuses.

La méningite chronique succède ordinairement à la méningite aiguë; cependant il peut arriver que les symptômes présentent le caractère chronique dès l'invasion de la maladie. La céphalalgie est continue dans la plupart des cas; il existe de la somnolence, de l'hébétude, peu de capacité intellectuelle, de la morosité; la parole est embarrassée, les idées confuses; quelquefois du délire, qui finit par devenir de la démence, une espèce d'idiotie acquise. Les mouvements sont lents et difficiles, les membres sont agités de mouvements involontaires et refusent leurs services : il est rare qu'il se manifeste des vomissements ou des mouvements convulsifs; les fonctions de la vie individuelle ne présentent de changements notables que dans les derniers temps de la maladie, et peu avant la mort des malades.

Avant de passer à l'examen des phénomènes organiques, nous devons faire remarquer de nouveau que la presque totalité des phénomènes morbides que nous venons d'exposer appartiennent au cerveau. En pourrait-il être autrement, puisque les membranes qui le recouvrent ne sont qu'une partie de l'encéphale, et doivent comme telles concourir aux mêmes fonctions? Elles ne peuvent être isolées du cerveau; elles en sont une portion constituante. Elles n'ont point de fonctions distinctes, et leur usage n'est que de concourir à celles de l'encéphale; ainsi, bien que cet organe ne soit pas lésé, du moins sensiblement, les altérations des méninges ne doivent se manifester que par le dérangement des fonctions encéphaliques. On ne saurait nier que ces circonstances ne rendent très difficile le diagnostic des méningites et de l'encéphalite; mais bien que les phénomènes fonctionnels soient de la même nature, il doit y avoir et il existe en effet, comme nous venons de le voir, des nuances capables de les distinguer.

Phénomènes organiques. Des traces irrécusables d'inflammation se rencontrent sur divers points des membranes cérébrales, et ces traces présentent un aspect très varié, suivant la durée de la maladie, suivant son siége, etc. L'injection des méninges est manifeste dès les premiers jours de l'inflammation; mais cette injection offre un caractère particulier, et qui diffère essentiellement de l'injec-

tion pléthorique sans travail inflammatoire. Dans les congestions cérébrales on trouve les vaisseaux gorgés de sang, on peut en suivre les diverses ramifications. Lorsqu'un individu a succombé à une affection du cœur, il arrive fréquemment que les vaisseaux des membranes cérébrales sont prodigieusement gorgés d'un sang noir; lorsqu'on est peu exercé aux investigations cadavériques, il est très facile de prendre ces états organiques pour des effets de l'inflammation : cette méprise est d'autant plus facile dans ces derniers cas, que l'on rencontre souvent une quantité notable de sérosité épanchée entre la pie-mère et l'arachnoïde, phénomène qui se présente aussi dans la méningite; mais la circonstance de la maladie du cœur et l'absence des signes de la méningite doivent mettre à l'abri de l'erreur. Lorsqu'on détache du cerveau les deux membranes dont nous venons de parler, elles forment une plaque d'un rouge bien plus intense que lorsqu'on les examine sans les détacher : ce qui a lieu dans les cas de congestion et dans ceux d'inflammation, sans doute parceque les vaisseaux sont alors moins séparés, plus rapprochés les uns des autres.

L'injection inflammatoire est uniforme; on dirait que la membrane est imprégnée de sang. Au bout de quelques jours l'arachnoïde perd de sa transparence, et plus tard elle paraît plus consistante; elle se déchire avec moins de facilité, mais je

doute qu'elle augmente réellement d'épaisseur ainsi qu'on l'a écrit. L'augmentation d'épaisseur de la plèvre est tout-à-fait illusoire, elle se forme au moyen de l'organisation de la fausse membrane superposée, et lorsqu'on détache celle-ci, la première reprend son état primitif et presque sa transparence.

Dans les premiers jours les membranes sont sèches; elles sont intimement appliquées sur les circonvolutions, et quelquefois y adhèrent fortement, au point qu'on ne peut les enlever sans emporter une portion de la substance corticale. Il est évident que dans ce cas il existe véritablement une encéphalite.

Plus tard, une exsudation séreuse a son siége entre la pie-mère et l'arachnoïde. Cette exsudation présente alors l'aspect d'une véritable gelée; mais lorsqu'on déchire l'arachnoïde, on voit le fluide s'épancher au dehors, et ce fluide est bien une véritable sérosité : il est quelquefois trouble, ce qui provient d'un mélange avec une certaine quantité de pus. Ce fluide, en quantité variable, se trouve aussi dans les ventricules et à la base du crâne. On trouve aussi du pus véritable dans l'intervalle des circonvolutions : ce pus est opaque, verdâtre, plus ou moins épais. Cette circonstance a fait dire à quelques auteurs que l'inflammation frappait plus souvent la pie-mère que l'arachnoïde; mais nous avons aussi rencontré de la suppuration sur la sur-

face libre de cette dernière membrane, nous y avons observé de véritables concrétions *fibrineuses, pseudo-membraneuses*. D'ailleurs si nous avons réuni les deux maladies sous le rapport des phénomènes fonctionnels, nous croyons peu important de les séparer pour les phénomènes organiques.

Le liquide épanché n'est pas toujours de la sérosité, de la sérosité purulente ou du pus : il présente quelquefois un aspect rougeâtre, qu'il tient évidemment de son mélange avec une certaine quantité de sang. J'ai beaucoup de peine à croire que cette sérosité sanguinolente soit le résultat de l'exhalation morbide; je pense qu'elle est plutôt due au déchirement des vaisseaux, qui, étant gorgés de sang, le laissent échapper et se mêler avec la sérosité qui existe. Les adhérences ligamenteuses sont rares; on les observe néanmoins quelquefois. Les surfaces lisses de l'arachnoïde peuvent être rugueuses, et présenter une multitude de granulations transparentes ou jaunâtres, et parfois brunâtres. Ces dernières altérations, ainsi que les plaques nacrées, opaques, circonscrites, qui sont quelquefois parsemées sur divers points de cette membrane, sont le résultat d'une inflammation ancienne ou chronique.

Les altérations que nous venons de signaler se rencontrent le plus ordinairement sur la convexité des lobes cérébraux, puis sur leur face inférieure, puis dans les ventricules, enfin dans la face interne

qui correspond à la faux de la dure-mère, etc.

Encéphalite.

Les maladies de l'encéphale ont attiré, dans ces derniers temps, l'attention des médecins, au moins à l'égal des maladies des autres viscères. L'ouvrage que nous avons publié sur cette matière n'a peut-être pas été tout-à-fait étranger à cette direction des esprits; et c'est sans doute ce qu'il a produit de mieux, puisqu'il a été l'occasion d'une multitude de bons livres sur ce sujet.

Un grand nombre de jeunes auteurs de beaucoup de talent se sont exercés avec distinction sur les maladies du cerveau, et ont publié des écrits qui ont jeté beaucoup de lumières sur ces affections. Lorsque nous fîmes paraître nos recherches sur les maladies cérébrales, elles étaient couvertes de ténèbres profondes, et nous n'étions parvenu au résultat que nous fîmes connaître qu'après plus de dix ans de méditation. Sans doute notre ouvrage n'était pas parfait, et l'on pouvait ajouter beaucoup à l'histoire de ces maladies ; cependant les additions qu'on a cru pouvoir y faire sont plus ingénieuses que précises.

Nous n'avons pas moins vu avec plaisir les travaux de ces auteurs : les efforts que l'on fait pour perfectionner un point de médecine sont toujours dignes d'éloges. Nous pensons cependant que ces auteurs se sont mépris fréquemment, et cela ne

peut être attribué qu'à ce qu'ils n'ont pas vu, suivi, traité, un assez grand nombre de malades. Avec de l'esprit et de la prévention, on peut, au moyen d'observations communiquées, soutenir avec un succès apparent tel système qu'on voudra ; mais tous ces prestiges s'évanouissent devant le flambeau de la nature.

L'idée dominante de ces divers écrits, idée puisée d'ailleurs dans le système de M. Broussais, c'est que toutes les altérations pathologiques trouvées dans l'encéphale ne sont que des nuances de l'encéphalite. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, en exposant sans détour, dans toutes leurs forces, les arguments dont ces auteurs s'appuient pour soutenir leur opinion. Nous allons d'abord décrire les principaux phénomènes de l'encéphalite.

Ils offrent avec ceux de la méningite la plus grande ressemblance, et cela même prouve l'excellence de la médecine organique, puisque les deux maladies présentent aussi la plus parfaite similitude dans leur nature. L'une et l'autre étant des inflammations doivent donner des signes généraux de réaction et de surexcitation ; l'une et l'autre attaquant directement ou indirectement l'encéphale doivent produire des phénomènes encéphaliques. Nous avons vu que la méningite ne se manifestait à nos sens que par des altérations des fonctions cérébrales, ce qu'elle fait de deux manières, soit en gênant les mouvements, les actes de l'encéphale

qu'elle est chargée de favoriser, soit en communiquant son inflammation à la substance même de ce viscère, auquel elle est contiguë. Mais cette disposition organique doit apporter quelques nuances dans le développement des symptômes ; c'est aussi ce qu'on remarque. Nous verrons, en effet, que dans l'encéphalite les mouvements sont souvent le siége des phénomènes morbides ; qu'ils le sont ordinairement d'une manière particlle, tandis que dans la méningite, ou ils le sont peu, ou ils le sont d'une manière générale ; que, lorsqu'ils le sont partiellement, il existe alors une complication d'encéphalite ; et que, lorsque dans l'encéphalite ils sont pris d'une manière générale, la maladie a ordinairement commencé par les méninges.

Signes locaux. — Phénomènes fonctionnels immédiats. L'encéphale ayant pour fonctions les sensations, l'intelligence, le moral, le sentiment et le mouvement, il est évident que c'est encore dans cette quadruple série d'actes fonctionnels qu'on devra trouver les caractères morbides de la maladie qui nous occupe. On concevra que ces phénomènes devront varier sous les rapports de leur siége, de leur marche, de leur intensité, selon le siége, l'étendue, le mode de l'altération organique.

Lorsque l'encéphalite est générale, elle offre la même suite de phénomènes fonctionnels, la même marche, les mêmes périodes que la méningite ; il est très vraisemblable que, dans ce cas, les deux

maladies coexistent, et que ce sont les membranes qui se sont enflammées les premières.

Cependant, lorsque la masse encéphalique est enflammée, les signes de coma, la résolution des membres, se montrent beaucoup plus tôt; la maladie paraît se développer avec une plus grande rapidité, les signes de surexcitation se montrent à peine, et quelquefois pas du tout.

Cette différence s'explique très bien, en ce que dans la méningite le cerveau n'étant que secondairement et légèrement affecté, il peut encore exercer ses fonctions, bien que d'une manière anormale, tandis que dans l'encéphalite générale l'altération organique, étant très profonde, doit nécessairement suspendre les mouvements fonctionnels de ce viscère.

Le malade, après avoir éprouvé un frisson qui signale, ainsi que nous l'avons vu, le début de la plupart des inflammations, perd quelquefois connaissance; mais il arrive ordinairement que ce début est lui-même précédé de quelques phénomènes importants. Une douleur de tête fixe et opiniâtre inquiète, tourmente le malade; des picotements, des fourmillements, des engourdissements, de la gêne dans les mouvements, de la diminution dans la sensibilité, et parfois de l'exaltation dans cette fonction; des éblouissements, des tintements d'oreilles, des vertiges, de l'excitation dans l'intelligence, de l'insomnie, et autres signes analogues, se font remarquer pendant un temps plus ou

moins long. Je crois qu'ils sont le résultat d'une congestion locale, d'un travail qui commence, mais que *l'inflammation n'est point déclarée*. Dans le cas d'encéphalite, ces signes précurseurs sont accompagnés de signes généraux de pléthore: le pouls est fort, développé, la face colorée, la peau chaude, etc. Les mêmes signes précurseurs s'observent aussi dans le ramollissement non inflammatoire; mais alors le pouls n'offre aucun développement, la peau est froide, décolorée; la face est pâle, etc. Ils annoncent aussi un travail commençant, et qui n'est pas assez profond encore pour ne pas disparaître.

Après avoir éprouvé le frisson dont nous venons de parler, les phénomènes fonctionnels se prononcent davantage. Les plus intéressants parmi eux sont ceux que présente la locomotion. C'est alors que se montrent la carphologie, les soubresauts des tendons, les convulsions, les crampes, les contractures, les paralysies. Mais ces signes de la locomotion mettent un certain ordre dans leur développement; et bien qu'on puisse les observer quelquefois sans cet ordre, dans les cas les plus fréquents, les spasmes cloniques ou toniques se manifestent les premiers; et plus tard, lorsque la désorganisation est plus avancée, dès qu'un épanchement consécutif à lieu, la paralysie, la résolution des membres surviennent. Lorsque l'encéphalite est générale, ces phénomènes se

montrent dans tous les membres à la fois; lorsqu'elle est locale, on ne les observe que dans certains d'entre eux, ce qui varie suivant le siége de l'altération organique. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à ce sujet dans le premier volume de cet ouvrage. On peut voir à l'article *paralysie*, etc., quel est le siége des altérations morbides qui occasionent les phénomènes fonctionnels dont nous venons de parler.

Les convulsions, les spasmes, la paralysie, frappent aussi les muscles de la face; les paupières sont serrées, contractées, ou tombent; les commissures des lèvres sont tirées d'un côté, soit par la contraction convulsive des muscles, soit par leur contraction naturelle, lorsque leurs antagonistes sont paralysés, etc.

Les membres sont souvent très douloureux. Lorsqu'on veut redresser ceux qui sont contractés, les malades poussent des cris, ce qui arrive quelquefois aussi lorsqu'on change simplement le malade de place.

C'est une erreur de croire que les facultés intellectuelles ne sont pas altérées dans l'encéphalite locale. Les observateurs les moins attentifs peuvent reconnaître un état insolite très marqué dans l'intelligence. Les réponses, à la vérité, peuvent être justes, mais ou elles sont brusques, rapides, ou elles viennent avec une lenteur remarquable. L'hémisphère sain pouvant remplacer l'hémisphère

malade, il peut arriver qu'il n'existe pas de délire; mais cette explication, quoique satisfaisant assez l'esprit, n'empêche pas que dans la majorité des cas, lorsque la portion encéphalique qui préside à l'intelligence est altérée, il n'y ait réellement altération notable dans l'intellect ou le moral. Le délire est surtout remarquable dans les premiers jours de l'affection ; il disparaît bientôt pour faire place au coma. Il a lieu également dans l'encéphalite générale et dans l'encéphalite locale.

Les sens sont le siége de phénomènes morbides variés ; leur exaltation se montre dans le premier degré d'accroissement, ce qui arrive surtout dans l'arachnitis et dans l'encéphalite générale. La lumière la moins vive, le bruit le plus léger, sont insupportables ; mais lorsque la maladie a son siége dans le centre où le sens transmet son impression, il y a alors trouble plus ou moins considérable de ce sens, et quelquefois même perte complète de sa fonction. La lumière cesse de faire impression sur l'un des deux yeux, dont la pupille est alors dilatée et immobile ; l'oreille est de même insensible aux sons ; ainsi pour les autres sens. Le sommeil est nul, ou bien il existe une somnolence intermédiaire entre le sommeil et la veille et qui ne permet ni l'un ni l'autre.

Au bout d'un temps variable, un, deux, trois ou quatre jours, quelquefois plus tard, les signes que nous venons d'exposer changent de nature.

L'altération locale fait des progrès, désorganise de plus en plus la portion malade de l'encéphale; il survient d'ailleurs très souvent une abondante exhalation de sérosité, de sorte que des signes de compression succèdent aux précédents. Les convulsions, les spasmes, font place à la résolution des membres, à leur immobilité; il arrive aussi que les sens sont frappés de paralysie, et cela non seulement dans celui qui correspond à la lésion, mais dans les deux à la fois, parcequ'à cette époque le côté du cerveau resté sain se trouve comprimé par l'exhalation séreuse, ou par le boursouflement de l'hémisphère malade. La sensibilité se perd de jour en jour, et finit par s'abolir complètement; l'intelligence s'engourdit, s'oblitère pour ainsi dire; enfin le malade tombe dans un coma profond, et devient entièrement insensible aux agents extérieurs.

Pour ce qui est du diagnostic local de la maladie qui nous occupe ainsi que des autres affections du cerveau, c'est-à-dire pour ce qui concerne les modifications apportées dans les phénomènes morbides fonctionnels par le siége de la lésion organique, nous croyons devoir encore renvoyer le lecteur à ce que nous en avons dit dans le premier volume. Il y verra quels sont les signes qui caractérisent l'altération d'un lobe du cerveau, de ses parties antérieures, moyennes, postérieures; quels sont ceux qui accompagnent la lésion du cerveau

proprement dit, celles du cervelet; quels sont les signes de l'affection de la substance blanche, ceux de la substance grise, ceux du mésocéphale, etc.; ou bien quelles sont les altérations qui correspondent aux dérangements fonctionnels des deux côtés du corps, des bras, des jambes, des sens, de la langue, de l'intelligence, etc.; du moins l'état actuel de la science sur chacun de ces sujets.

Signes généraux. — Phénomènes fonctionnels médiats de l'encéphalite. Quoiqu'on ne doive pas baser un diagnostic sur les phénomènes généraux, cependant, comme tous les organes exercent les uns sur les autres une influence plus ou moins marquée, il peut arriver qu'il survienne des phénomènes secondaires très propres à caractériser certaines affections. L'encéphale, par la multitude et l'importance de ses rapports, est bien certainement celui de tous les organes qui influe le plus puissamment sur les autres, et par conséquent celui dont les lésions doivent le plus modifier les actes des autres viscères.

Dans les premiers jours d'une encéphalite, la face est colorée, les yeux sont brillants et animés, leur expression est insolite et nullement en rapport avec les objets environnants; les artères temporales battent avec force ainsi que les carotides; la soif est vive, l'appétit nul; la langue est blanche, sale, rouge sur ses bords et à sa pointe; il existe des nausées et même des vomissements; la

peau est chaude, *le pouls* plus ou moins *fort et fréquent*, la respiration accélérée. Plus tard, vers le déclin de la maladie, la scène change; la physionomie exprime le chagrin, la douleur; la face est décolorée, abattue, les yeux ternes, à demi clos; la soif est nulle, la déglutition difficile, impossible, bruyante; le vomissement ne peut être provoqué qu'avec peine, le ventre se météorise, la défécation est involontaire ainsi que l'excrétion des urines; quelquefois elles s'accumulent dans la vessie, et le malade les laisse échapper par regorgement. La peau est froide ou couverte de sueur, alternativement; le pouls est inégal, irrégulier, variable; la respiration gênée, stertoreuse; enfin toutes ces fonctions finissent, dans les cas les plus fréquents, par ne pouvoir plus s'exécuter, et le malade succombe. Dans les cas plus rares, elles reprennent graduellement leur type normal, et cela d'une manière plus ou moins rapide, avec ou sans phénomènes qu'on puisse regarder comme critiques.

Phénomènes organiques. Lorsque la mort a mis un terme à l'encéphalite, on trouve dans le cerveau une multitude d'altérations qui varient suivant l'époque, l'*âge de la maladie*, suivant leur siége, leur nombre, leur étendue, leur couleur, leur consistance, enfin suivant leurs diverses qualités physiques.

Si le malade meurt dans les premiers jours de la maladie, l'encéphale et son enveloppe peuvent

présenter l'aspect que nous avons décrit en parlant de la congestion cérébrale.

Plus tard, l'altération n'est plus bornée à une simple injection plus ou moins prononcée de la substance cérébrale ou des membranes, il existe une véritable désorganisation. Cette désorganisation est générale lorsque ces signes ont fait connaître une encéphalite de cette nature; mais dans ce cas-là même la lésion est plus prononcée dans quelques points que dans les autres.

La substance cérébrale est ordinairement ramollie, elle a perdu sa consistance normale dans une étendue plus ou moins considérable, et pourtant dans un espace circonscrit, déterminé; elle reprend sa consistance immédiatement après. L'endroit malade est d'une couleur rosée ou rouge; lorsqu'elle est lie de vin il est évident pour nous que ce mélange de sang avec la pulpe cérébrale n'est pas le résultat de l'inflammation, mais bien l'effet d'une hémorrhagie avortée ou d'une disposition scorbutique. Dans ce cas, en effet, il n'a existé aucun phénomène précurseur, ou nulle réaction, et le malade peut offrir les symptômes du scorbut.

Quelquefois, lorsque la lésion est extérieure, la pie-mère et l'arachnoïde adhèrent à la pulpe encéphalique, qu'elles emportent avec elles lorsqu'on veut les séparer du cerveau. Lorsqu'on veut couper la portion ramollie, on ne peut obtenir qu'une surface inégale et des angles arrondis, tandis que

si l'on fait la même opération sur un endroit sain, les angles sont bien prononcés et les surfaces lisses et polies. Cette consistance morbide varie depuis un degré peu différent de la fermeté naturelle, jusqu'à celle d'une bouillie un peu épaisse. Nous ne savons pas par quel procédé la nature produit ce ramollissement; il est bien vraisemblable que ce n'est pas le mélange d'une partie fluide à la partie solide, mais est-ce du pus, ainsi qu'on l'a prétendu? Nous ne le pensons pas: lorsque la couleur de la substance est encore rosée ou rouge ce ne peut être ce fluide, ce serait plutôt une certaine quantité de sang très ténu et à peine coloré, tel qu'il circule dans les capillaires.

La partie malade est ordinairement boursouflée, augmentée de volume, ce qu'on reconnaît très bien lorsqu'elle occupe les circonvolutions, et ce qui explique parfaitement les accidents de compression que l'on observe souvent.

La substance corticale est fréquemment le siége de l'altération dont nous parlons; les corps cannelés, les couches optiques, en sont aussi très souvent atteints; enfin la substance blanche des lobes, puis les parties centrales du cerveau; enfin le cervelet, etc.

Dans une période plus avancée, il n'est pas rare de rencontrer du pus, soit infiltré dans la substance cérébrale elle-même, soit réuni en foyer plus ou moins considérable. Ce pus siège le plus

ordinairement dans l'intervalle des circonvolutions : lorsqu'il est réuni en foyer, et qu'il a séjourné pendant un certain temps dans la substance cérébrale, il paraît quelquefois renfermé dans de véritables kystes : la couleur, la consistance et la quantité du fluide sont extrêmement variables.

Il n'est pas douteux que, comme les autres inflammations, celle du cerveau ne puisse se terminer par la gangrène de la partie malade; mais les caractères de cette gangrène n'ont pas encore été rigoureusement déterminés. Il est vraisemblable que les anciens appelaient *sphacelismus* tous les ramollissements. Si la gangrène du cerveau peut être la suite de l'encéphalite, il n'est pas déraisonnable de penser que cette désorganisation ne puisse survenir aussi, dans l'encéphale, sans inflammation préalable, comme cela arrive pour la gangrène sèche sénile des extrémités. Ne serait-ce pas à une altération semblable qu'on devrait rapporter certains ramollissements véritablement atoniques? C'est notre opinion. L'encéphalite peut se terminer aussi par induration de la substance cérébrale, du moins si l'on en croit les auteurs, et si on s'en rapporte à l'analogie. Mais les indurations trouvées jusqu'à ce jour appartenaient à des individus dont on n'avait pas observé l'encéphalite pendant la vie; de sorte qu'il y a encore quelques doutes répandus sur ce sujet.

On a prétendu que toutes les productions accidentelles n'étaient que des formes de l'encéphalite. Je crois cette assertion fort exagérée. Je pense que l'inflammation peut en favoriser le développement ; mais je crois qu'il existe une disposition spéciale, qui établit une différence capitale entre ces productions et les inflammations pures. Nous reviendrons bientôt sur ce point important.

Encéphalite chronique.

L'inflammation du cerveau est-elle susceptible de passer à l'état chronique ? Lorsqu'un organe si essentiel à la vie est profondément altéré, celle-ci peut-elle continuer de s'exercer ? Le ramollissement non inflammatoire ne serait-il que le mode chronique de l'encéphalite ?

Le ramollissement cérébral non inflammatoire marche, dans les cas les plus ordinaires, avec une effrayante rapidité, et les altérations organiques qu'il laisse après lui ne ressemblent en rien à celle que produit ordinairement l'inflammation, comme nous allons le voir tout à l'heure.

L'encéphalite chronique peut cependant exister ; mais alors elle n'est point primitive, elle accompagne ou une hémorrhagie cérébrale, qui, n'étant pas parfaitement résolue, détermine une inflammation consécutive dans les parois du foyer ; ou elle se montre à la suite d'un tubercule, d'un cancer, ou de toute autre production accidentelle.

Les caractères de cette inflammation sont alors identiques à ceux que nous venons d'exposer ; sauf la lenteur de leur marche, et les circonstances qui précèdent leur développement.

Nous ne sachions pas d'ailleurs que l'encéphalite idiopathique soit susceptible de passer à l'état chronique, à moins qu'on ne veuille considérer comme dépendantes de cette maladie une multitude d'aliénations mentales, de paralysies graduelles et générales, etc. Mais malgré les probabilités tirées de l'analogie, et les raisonnements les plus spécieux, nous avouerons que l'anatomie pathologique n'a point encore suffisamment éclairé ce point de doctrine médicale. Nous n'en devons pas moins beaucoup de reconnaissance aux auteurs qui ont cherché à jeter quelque lumière sur le sujet dont nous parlons ; c'est le seul moyen de parvenir à une thérapeutique rationnelle. En effet, lorsqu'on saura d'une manière précise quelle est la nature de l'altération qui produit l'aliénation mentale, ne sera-t-on pas conduit à un traitement avoué par la raison ? Faisons donc des vœux pour que les travaux de MM. Georget, Foville, Delaye, et autres médecins distingués, se trouvent confirmés par des faits ultérieurs, et applaudissons à leurs généreux efforts.

Ramollissement du cerveau.

Quelques personnes trouveront sans doute éton-

nant que nous conservions encore la dénomination de ramollissement du cerveau, et surtout que nous en fassions un article séparé de l'encéphalite. Elles penseront sans doute que nous aurions dû nous rendre aux raisonnements par lesquels on a cherché, dans ces derniers temps, à rattacher cette lésion à l'inflammation de la pulpe cérébrale.

Nous déclarons d'abord que ce n'est nullement par esprit d'opposition ni par opiniâtreté que nous persistons à reconnaître une différence entre ces deux affections. Nous avouons volontiers que nous avons trouvé beaucoup de talent dans les ouvrages où l'on s'est proposé de prouver que telle était la nature de cette altération pathologique. Nous avouerons que les raisonnements et les preuves sur lesquels ces auteurs estimables se sont appuyés, nous ont convaincu que le ramollissement du cerveau était *très souvent* inflammatoire, et c'est ce que nous avons avoué déjà dans la dernière édition de notre Traité sur cette maladie. En effet, cette maladie cérébrale présente fréquemment ce caractère, quelquefois même, lorsqu'elle n'offre pas des signes évidemment inflammatoires, on peut encore croire qu'elle est le résultat d'une phlegmasie *chronique*. Mais ces aveux, faits avec une franchise qui doit prouver que nous ne tenons nullement à notre manière de voir, mais seulement à la vérité, doivent donner, ce nous semble, quelque poids à notre persistance à reconnaître un ra-

mollissement non inflammatoire, et qui survient très souvent chez les vieillards.

Dans les premiers temps que nous nous livrions à nos recherches sur les maladies de l'encéphale, et en particulier sur celle qui nous occupe, nous fûmes d'abord frappé d'une lésion nouvelle du cerveau, dont le caractère principal était la mollesse de la pulpe encéphalique. Nous dûmes ensuite chercher quels étaient les signes qui pourraient faire reconnaître cette lésion, et nous parvînmes à les établir d'une manière assez certaine, et de les distinguer d'autres phénomènes cérébraux. Dans cet état de choses, sans vouloir préjuger la nature de cette altération, nous dûmes lui donner, ou, si l'on veut, lui laisser le nom qui désignait son principal caractère. Depuis on a établi que cette lésion était toujours le résultat d'un travail phlegmasique; mais je crois que ces auteurs n'ont pas vu assez de cas par eux-mêmes, et je suis convaincu qu'ils auraient reconnu comme nous l'existence d'un ramollissement non inflammatoire s'ils en eussent observé davantage.

Le ramollissement de la pulpe cérébrale doit être le résultat d'un travail inflammatoire, 1° lorsque la couleur de la portion malade est rosée; 2° lorsqu'elle contient une certaine quantité de pus; 3° lorsque pendant la vie il existe des phénomènes fébriles.

Il ne nous paraît pas avoir ce caractère, 1° lors-

que la couleur de la portion altérée est plus blanche que dans l'état naturel, et qu'on ne peut attribuer cette blancheur au mélange intime du pus avec la substance cérébrale, ce qui est très fréquent; 2° lorsque l'injection sanguine est manifeste par une multitude de points dans l'endroit malade, ou même par de véritables ecchymoses; dans ces deux cas le ramollissement peut être l'effet d'un effort hémorrhagique avorté, qui n'est pas produit par l'irritation, tel par exemple que celui que détermine dans les autres organes une disposition scorbutique; 3° lorsque pendant la vie il n'a existé aucun phénomène fébrile qui ait pu faire soupçonner l'existence d'une irritation, et qu'au contraire tous les phénomènes ont fait reconnaître un état scorbutique ou un état hyposthénique incontestable. Je n'ignore pas qu'on m'objectera que dans ces cas le ramollissement offrait le caractère chronique; mais si l'on admet un état scorbutique dans les organes, si l'on admet une gangrène sénile, si l'on admet des maladies hyposthéniques, et même des altérations de nutrition, ce qui est en effet reçu dans la nouvelle doctrine, je ne vois pas du tout pourquoi l'on rejetterait une altération cérébrale de cette nature, surtout lorsque pendant la vie tous les phénomènes morbides généraux sont ceux qui accompagnent ces maladies.

Ce que nous disons dans ce moment est loin d'être une simple discussion scolastique, elle est

véritablement pratique, puisqu'elle conduit d'une manière inévitable aux indications thérapeutiques, et qu'elle ne tend rien moins qu'à faire adopter des méthodes de traitement entièrement opposées.

La variété non inflammatoire est bien plus fréquente chez les vieillards que l'autre, ce qui tient sans contredit à l'âge des malades, qui, comme on sait, ne dispose pas à l'hypersthénie.

Les phénomènes fonctionnels locaux sont à peu près les mêmes dans l'un ou l'autre ramollissement, à quelques nuances près dans la rapidité de la marche de la maladie et de l'intensité que nous ferons connaître. Il ne saurait en être autrement, puisque la maladie attaquant les mêmes parties, il doit en résulter une même altération fonctionnelle. Mais il n'en est pas de même des phénomènes généraux : ici se trouve la véritable différence.

Les signes locaux indiquent quel est l'organe malade ou même l'étendue de la partie affectée, etc. ; les phénomènes généraux font reconnaître quelle est la manière dont ils sont affectés. Nous ne devons parler en ce moment que du ramollissement non inflammatoire, afin de mieux faire sentir les traits qui le distinguent de l'autre.

Phénomènes fonctionnels immédiats. La maladie dont nous parlons se développe avec lenteur. On peut lui distinguer deux périodes, et cette distinction est de la plus haute importance pour le diagnostic, puisque lorsque la première période n'a

pas existé, ou que le médecin n'en a pas connaissance, il lui est très difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître l'espèce d'affection qui existe. Cette *première période* est caractérisée par une douleur de tête fixe plus ou moins forte. Ce phénomène paraîtra à quelques personnes le signe pathognomonique d'un état inflammatoire, nous ne l'ignorons pas ; mais nous pensons qu'il est beaucoup de douleurs qui n'appartiennent pas à des inflammations, et il suffit pour nous qu'il y ait une altération quelconque dans le tissu d'un organe, pour admettre qu'il peut et même qu'il doit y survenir de la douleur. Cette céphalalgie n'existe pas toujours. On remarque à cette époque des vertiges et une diminution plus ou moins sensible des facultés intellectuelles et morales. Les perceptions, le jugement, l'attention, la mémoire, l'imagination, sont plus ou moins affaiblis ; le malade tombe dans une espèce de démence sénile ; quelquefois ils le sont peu, ce qui dépend alors du siége de l'altération. On observe de la lenteur dans les réponses, un embarras manifeste dans la langue ; de l'abattement, de la tristesse, de l'hypochondrie, ou une extrême indifférence ; de la tendance au sommeil ; des fourmillements, des picotements, des engourdissements dans l'un des membres ; une grande difficulté à saisir les objets, surtout ceux d'un petit volume. La sensibilité est ordinairement diminuée ; la vision éprouve quelques modifications ; elle est

moins nette que dans l'état ordinaire ; il existe parfois une cécité complète. Il est rare, à cette période, qu'il y ait dilation inégale des pupilles ou strabisme. Des modifications analogues se rencontrent dans l'ouïe, qui, dans cette espèce de ramollissement, est ordinairement diminuée. Tels sont les principaux phénomènes locaux qui signalent l'imminence du ramollissement non inflammatoire.

Si le ramollissement est inflammatoire, cette période est moins lente, et présente aussi quelques différences importantes. La douleur de tête est plus vive, plus aiguë ; les réponses sont brusques ; il existe souvent du délire. La sensibilité des membres est souvent exaltée ; le malade y éprouve des douleurs plus ou moins violentes ; ils sont quelquefois déjà raides et contractés. Les douleurs des membres ne sauraient être confondues avec celles du rhumatisme, d'abord à cause des phénomènes cérébraux qui existent ; en second lieu, parcequ'on n'observe ni chaleur, ni rougeur, ni tuméfaction. Les sens sont ordinairement d'une sensibilité excessive, et ne peuvent supporter leurs excitants naturels.

Phénomènes fonctionnels médiats. Les fonctions de la vie individuelle ne présentent rien de constant, par conséquent elles ne fournissent aucun signe important relativement au diagnostic. L'appétit peut être diminué, la soif plus ou moins vive, la digestion plus ou moins pénible, la bou-

che pâteuse, la langue blanche; il peut même exister des nausées, des vomissements, de la sensibilité à l'épigastre ainsi que dans le reste de l'abdomen; il peut y avoir dévoiement ou constipation, miction plus ou moins difficile et quelquefois involontaire; ou bien ces symptômes peuvent ne pas exister du tout. Nous pouvons en dire autant de la circulation et de la respiration; le pouls est plus rare, plus lent, plus faible que dans l'état normal, et cette circonstance est un bon moyen de distinguer le ramollissement inflammatoire de celui qui ne l'est pas. La peau est pâle, et souvent au-dessous de la température naturelle.

Si le ramollissement est inflammatoire, le pouls est fort, fréquent; la peau chaude, la soif vive, etc.

Jusqu'ici ces phénomènes locaux et généraux n'ont pas présenté un développement considérable; ils peuvent même avoir été si légers, si obscurs, que les malades ne s'en soient pas plaints.

Deuxième période. — Phénomènes fonctionnels immédiats. Maintenant le malade perd l'usage de quelque membre ou même de la moitié du corps, tout-à-coup ou graduellement, mais ordinairement avec une rapidité remarquable. La plupart du temps l'intelligence reste libre; toutefois le malade met une lenteur extrême dans ses réponses; ce n'est que par des gestes pénibles qu'il fait entendre qu'il a conçu. Dans certains cas, le coma

est complet. Si le coma et la paralysie sont survenus tout-à-coup, le malade reprend ordinairement connaissance le lendemain de l'accident. On doit attribuer cela à la complication d'une congestion cérébrale. Bientôt les accidents augmentent de nouveau d'une manière sensible, l'intelligence et les fonctions des sens s'abolissent entièrement, le malade tombe dans le coma parfait, les membres deviennent immobiles, et la mort arrive.

Dans le ramollissement inflammatoire, au lieu de paralysie, il existe des douleurs, des élancements plus ou moins vifs dans les membres, de la contracture, des convulsions, une céphalalgie plus ou moins intense. Dans l'un et l'autre cas, lorsqu'il y a douleur de tête, si l'on demande au malade quel lieu occupe cette douleur, il porte lentement à la tête le membre resté sain, et indique ordinairement le côté opposé à la paralysie.

Dans l'encéphalite il y a souvent du délire; dans le ramollissement qui nous occupe, les facultés intellectuelles sont affaiblies, la face est ordinairement pâle et décolorée; elle est rouge et plus ou moins injectée dans le ramollissement inflammatoire.

Phénomènes fonctionnels médiats. Il se manifeste dans cette deuxième période des changements plus ou moins profonds dans les fonctions individuelles. L'appétit est nul, les dents sont sèches, la langue rugueuse, gercée, fendillée, brune, noirâtre,

noire; la déglutition pénible, enfin impossible; le malade fait des efforts impuissants pour avaler, et les liquides, en tombant dans le pharynx, font entendre un bruit alarmant. Quelquefois il existe des vomissements de matières alimentaires, puis de bile; l'excrétion de l'urine et des matières fécales est involontaire; souvent il y a constipation; la respiration est gênée; vers la fin, elle devient stertoreuse; le pouls est faible, souvent irrégulier, intermittent; la peau froide.

Dans le ramollissement inflammatoire il y a soif ardente, rougeur de la langue, sensibilité assez vive de l'épigastre et de l'abdomen; peau chaude, pouls fort et fréquent, etc.

Cette seconde période peut être plus ou moins longue. Les phénomènes morbides, après être restés stationnaires pendant un certain temps, font des progrès plus ou moins rapides jusqu'à la mort. D'autres fois, dès le commencement, la progression croissante se fait apercevoir; rarement observe-t-on des signes rétrogrades. La marche de la maladie est essentiellement continue et toujours croissante.

Phénomènes organiques. Les lésions organiques qu'on rencontre après la mort varient selon leur degré de consistance, leur couleur, leur siége, leur étendue et leur nombre. Les membranes sont presque toujours infiltrées de sérosité, et présentent un aspect gélatineux. Cet épanchement, ici comme

ailleurs, doit être considéré comme un effet consécutif, mais il n'en contribue pas moins aux phénomènes comateux que l'on observe vers la fin de la maladie. Lorsque le ramollissement est inflammatoire, les membranes sont quelquefois sèches, rouges, injectées; dans certains cas, elles sont même couvertes de suppuration, et adhèrent avec la portion cérébrale ramollie. La consistance du cerveau offre tous les degrés, depuis la bouillie la plus légère jusqu'à la fermeté naturelle à cet organe : l'état moyen est le plus fréquent. Lorsque la mollesse est peu prononcée, pour la reconnaître, il faut qu'il y ait en même temps changement de couleur. Cette couleur est rosée, rouge, jaune, verdâtre, dans les divers degrés de l'inflammation; elle est lie-de-vin dans les ecchymoses scorbutiques et dans les efforts hémorrhagiques avortés; elle est enfin d'un blanc de lait pur dans des cas où il n'a existé aucun symptôme inflammatoire. Le ramollissement peut être superficiel ou profond. Dans le premier cas, les circonvolutions sont déformées, boursouflées, arrondies, dans une étendue variable; la substance corticale s'enlève au moindre frottement. Dans le second cas, le ramollissement peut occuper tous les points du cerveau; mais les couches optiques, les corps striés, le lobule moyen, en sont le plus souvent le siége. Il peut être plus ou moins étendu; il peut occuper un espace de la grosseur d'une fève de haricot, ou un hémisphère

tout entier ; on a même cité des exemples de cerveaux entièrement ramollis. L'altération est ordinairement unique ; quelquefois cependant les deux hémisphères sont affectés ; enfin on rencontre, dans certains cas, une multitude de points ramollis. Ils sont alors violets, ecchymosés, semblables en tout à des taches scorbutiques. Les ventricules contiennent ordinairement une quantité notable de sérosité, ce qui a dû en imposer pour une hydrocéphale. Les artères du cerveau sont fréquemment ossifiées.

Hémorrhagie cérébrale.

Rien ne facilite davantage le diagnostic des hémorrhagies cérébrales que la division en trois degrés que nous avons admise. La distinction de ces trois degrés, fondée sur des recherches d'anatomie morbide, sur l'étendue de l'altération organique, est bien plus positive que la même division adoptée par les médecins de l'antiquité, division qui ne pouvait être appuyée que sur l'observation des symptômes, et par conséquent qui ne pouvait être que vague, incertaine, et partant peu utile.

Les phénomènes morbides fonctionnels sont tellement différents dans ces trois degrés de l'hémorrhagie cérébrale, qu'on pourrait à bon droit les prendre pour trois maladies différentes. Nous avons dit ailleurs que la nature ne s'astreignait nullement à nos divisions arbitraires, et qu'elle

offrait presque aussi souvent les degrés intermédiaires que ceux que l'on décrivait de préférence. Aussi ne prétendons-nous pas la borner à ces trois degrés ; c'est au médecin à rapprocher les faits qu'il aura lieu d'observer de celui de ces degrés avec lequel ils présenteront le plus de rapports.

A. Hémorrhagie forte.

Signes locaux. — Phénomènes fonctionnels immédiats. Un individu, auparavant bien portant, ne présentant aucun symptôme qui puisse faire soupçonner une affection cérébrale, tombe tout-à-coup pendant la veille ou durant le sommeil dans un carus profond. S'il est debout ou assis il tombe immobile et offre une résolution complète des membres. Les yeux sont insensibles à la lumière, les pupilles, immobiles, sont plus ou moins dilatées ; quelquefois elles le sont inégalement, ce qui doit faire soupçonner qu'un des deux côtés du cerveau est plus affecté que l'autre ; les odeurs les plus pénétrantes ne produisent aucune impression ; les cris les plus aigus ne sont nullement entendus, et c'est bien vainement qu'on sollicite quelques marques de sensibilité en pinçant ou en piquant les membres ; ils restent dans l'immobilité la plus profonde ; si on les soulève, ils retombent promptement comme des masses inertes ; quelquefois ils offrent une espèce de raideur générale ; dans

quelques cas, ils sont agités de mouvements convulsifs : le malade arrive ainsi tout-à-coup au plus haut degré des altérations fonctionnelles encéphaliques.

Signes généraux. — Phénomènes fonctionnels généraux ou médiats. Il n'y a rien de constant dans les phénomènes morbides généraux. La face est quelquefois rouge, violette, comme tuméfiée; les yeux paraissent sortir des orbites ; les lèvres sont écumeuses, livides, elles sont poussées en avant à chaque expiration ; le pouls est fréquent, fort, développé, dur ; la respiration est gênée, stertoreuse ; la peau chaude ; la déglutition impossible ; la défécation et la miction involontaires, etc. D'autres fois la face est pâle, décolorée, jaune, verdâtre ; le pouls est petit, concentré ; la respiration n'est point stertoreuse ; la défécation et la miction ne peuvent avoir lieu ; la peau est froide, etc. ; Enfin, dans quelques cas, la plupart de ces fonctions restent dans l'état physiologique. Les malades frappés d'une hémorrhagie de cette espèce succombent ordinairement au bout de quelques heures ; rarement vivent-ils plus de deux ou trois jours. Lorsque par hasard ils reviennent à la vie, il est plus que probable que les symptômes qu'ils ont présentés dépendaient d'une congestion concomitante.

Phénomènes organiques. A l'ouverture du corps, on trouve une quantité considérable de sang épan-

ché *dans la substance cérébrale;* ce foyer communique très souvent avec les ventricules, ce qui a fait croire à des observateurs superficiels qu'il était exhalé sur leur surface même. Cette maladie, si elle existe, doit être d'une extrême rareté, puisque placé dans un hôpital de vieilles femmes, c'est-à-dire dans les circonstances les plus favorables pour voir des maladies de ce genre, ayant fait un nombre très considérable d'ouvertures de corps, *je ne l'ai jamais rencontrée.* Si cette maladie n'est pas une création de l'imagination, une simple supposition, je crains qu'elle n'ait été que le résultat d'un examen trop léger.

Dans l'hémorrhagie qui nous occupe, les membranes cérébrales sont sèches, les circonvolutions sont aplaties, déprimées, effacées; leurs contours, au lieu d'être arrondis, sont anguleux; elles sont aussi sèches et comme poisseuses. Le sang réduit en caillot occupe ordinairement tout un hémisphère; il peut se faire jour au dehors, ce qui est assez rare.

Les symptômes que nous avons exposés peuvent aussi appartenir à l'hémorrhagie d'une partie centrale du cerveau, et principalement de la protubérance annulaire; quoique cette affection soit assez rare, je l'ai cependant observée plusieurs fois.

La maladie dont nous parlons n'ayant qu'une durée très limitée, le sang épanché est ordinaire-

ment en caillots plus ou moins noirs. La portion du cerveau qui sert de paroi à l'épanchement est irrégulièrement déchirée, sa couleur est manifestement changée ; elle est pénétrée de sang, rouge, violette, puis jaune ; la couleur s'affaiblit à mesure qu'on s'éloigne de l'épanchement. Sa consistance est moindre que dans l'état naturel, elle est presque diffluente, et souvent on remarque dans le caillot des portions de substance cérébrale ; cette mollesse de la pulpe de l'encéphale me paraît être consécutive à l'espèce de broiement qu'occasione l'hémorrhagie.

Lorsque l'hémorrhagie occupe l'un des lobes du cerveau, elle a toujours son siége dans le lobe du côté opposé à la paralysie.

B. Hémorrhagie moyenne.

Ici se développe une autre série de phénomènes morbides.

Signes locaux. — *Phénomènes morbides directs.* Au milieu de la santé la plus satisfaisante en apparence, il survient une perte des mouvements de tout un côté du corps. Le malade perd ordinairement le sentiment des objets extérieurs ; il tombe dans un état comateux plus ou moins profond ; il est rare que, dans une hémorrhagie d'une certaine étendue, il conserve sa connaissance, cela n'a guère lieu que dans les petits épanchements. Il n'est pas toujours impossible de tirer le malade,

au moins momentanément, du coma dans lequel il est plongé. Lorsqu'on dirige un excitant quelconque sur quelqu'un des sens, il donne ordinairement quelque témoignage de sensibilité. Si l'on présente une lumière vive devant ses yeux, les pupilles se contractent, mais l'une ordinairement plus que l'autre; une odeur pénétrante, telle que celle de l'ammoniaque liquide, fait éprouver une sensation pénible, il en est de même des cris; si l'on pince fortement le membre paralysé, celui qui ne l'est pas se meut comme pour soustraire l'autre à la douleur; quelquefois cependant ce membre est entièrement dépourvu de sensibilité. Mais celui qui est sain donne toujours des preuves de sentiment et de mouvement. La bouche est ordinairement déviée; l'une des deux commissures est entraînée du côté non paralysé.

On n'observe pas de délire dans les hémorrhagies cérébrales; ceci n'échappe pas à nos explications. La maladie étant circonscrite lorsqu'elle attaque la portion du cerveau qui préside à l'intelligence, le cerveau étant un organe double, le côté sain suffit à l'exercice de la pensée. Le délire ne survient que lorsqu'il se manifeste un travail inflammatoire.

On remarque cependant à la suite des hémorrhagies cérébrales une diminution plus ou moins considérable dans quelques unes des facultés intellectuelles et quelquefois dans toutes. Les facultés

morales reçoivent aussi de profondes atteintes. Les paralytiques sont faibles, pusillanimes, et pleurent pour la moindre cause.

Bientôt la perte de connaissance diminue et cesse même complètement; la paralysie persiste, mais non au même degré. Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, tous les phénomènes morbides diminuent graduellement, et finissent, au bout d'un temps plus ou moins long, par disparaître entièrement. Cependant à ce degré il est rare que la paralysie ne persiste pas jusqu'à un certain point. Dans un grand nombre de cas les accidents s'aggravent et le malade meurt.

Les symptômes généraux sont aussi très variables dans ce second degré de l'hémorrhagie cérébrale, et offrent avec ceux de la première espèce la plus grande analogie.

Phénomènes organiques. L'aspect extérieur des enveloppes du cerveau et de cet organe lui-même ressemble fréquemment à celui que nous avons décrit en parlant des phénomènes organiques de la congestion cérébrale. L'étendue de l'hémorrhagie est moindre que la précédente ; elle occupe ordinairement le centre ou la circonférence de l'un des deux hémisphères; elle n'a jamais son siége dans le mésocéphale; le caillot de sang varie depuis la grosseur d'une forte noix jusqu'à celle d'un œuf de poule environ. Il ne fait jamais irruption dans les ventricules.

Je crois que, lorsque cette irruption a lieu, l'hémorrhagie présente toujours des phénomènes généraux, et occasione constamment la mort.

Au bout de quelques jours le caillot diminue de volume; c'est alors que les phénomènes de compression s'amendent; en même temps, il augmente de consistance et revêt une couleur moins foncée; plus tard il augmente encore en consistance, diminue de grosseur, et pâlit de plus en plus; il finit par n'être plus que d'un jaune safrané, et disparaît entièrement. La substance cérébrale qui l'entoure prend de jour en jour plus de consistance; vers la fin de la maladie, on observe, entre le caillot et la paroi qui le renferme, une certaine quantité de sérosité; elle semble destinée à dissoudre ce caillot et à favoriser sa résorption. Lorsque celle-ci est entièrement opérée, il ne reste plus qu'une cavité plus ou moins grande, plus ou moins irrégulière, quelquefois traversée par des espèces de brides membraneuses et contenant ce fluide séreux dont nous venons de parler. Les parois de ces cavités conservent longtemps encore une couleur jaune ocre plus ou moins foncée. Lorsqu'elles sont très anciennes, elles perdent entièrement cette couleur. La densité des parois des espèces de kystes dont nous parlons les a fait regarder comme formés de véritables membranes, et il m'est arrivé souvent de les détacher parfaitement de la substance cérébrale. Dans quel-

ques cas il est impossible de distinguer ces membranes, ce qui en a fait rejeter l'existence par quelques médecins. Quelquefois ces parois se rapprochent, contractent entre elles des adhérences, et forment de véritables cicatrices.

Nous avons dit que la paralysie persistait souvent après la résorption de l'épanchement : je pense que, dans ce cas, il y a eu une certaine quantité de substance cérébrale détruite et résorbée avec le caillot de sang, laquelle ne pouvant être rétablie, ne peut plus exécuter la fonction qui lui est confiée.

c. Hémorrhagie faible.

Signes locaux. — Phénomènes fonctionnels immédiats. Un simple étourdissement, un vertige, sans perte complète de connaissance, un engourdissement subit d'un membre ou de deux membres du même côté ; de la pesanteur dans ce membre, de la difficulté à saisir les objets menus ; une légère diminution dans la sensibilité, de l'embarras dans la langue, de la difficulté à s'énoncer : tels sont les principaux caractères d'une hémorrhagie peu étendue. La paralysie incomplète qui existe diminue de jour en jour, et finit par se dissiper entièrement ; mais elle persiste néanmoins assez longtemps pour qu'on ne puisse pas la confondre avec celles que produit une simple congestion locale. Les phénomènes généraux sont variables et peu caractérisés.

Phénomènes organiques. Il est rare qu'une hémorrhagie si faible occasione la mort ; mais le malade peut succomber à toute autre maladie, et à un épanchement plus considérable : alors on trouve ordinairement une cavité de la grosseur d'une aveline, plus ou moins, laquelle contient un caillot de sang proportionné à sa capacité. Cette cavité et le sang qu'elle renferme subissent des changements analogues à ceux que nous venons de décrire dans le paragraphe précédent.

On trouve dans le cerveau de quelques individus une multitude de petites cavités vides, ou renfermant de la sérosité, qui ne sont autre chose que le résultat des petits épanchements dont nous parlons : leur nombre est proportionné à celui des attaques éprouvées par ces individus.

Hydrocéphale aiguë.

D'après un grand nombre d'ouvertures de corps, je me crois fondé à croire que l'hydrocéphale aiguë n'est nullement une maladie essentielle, existante par elle-même, mais bien un phénomène purement symptomatique, consécutif d'autres lésions cérébrales, parmi lesquelles la méningite et l'encéphalite tiennent le premier rang. Je crois par conséquent que c'est embarrasser l'art par des distinctions superflues, que de traiter à part et en détail de cette maladie. Autant il nous paraît avantageux d'établir sur des bases positives la dis-

tinction des maladies vraiment différentes entre elles, autant il me paraît inutile de chercher à établir des distinctions là où il n'en existe réellement pas. Tout concourt à nous faire rapprocher l'hydrocéphale aiguë des maladies dont nous venons de parler, et dont elle n'est qu'un mode de terminaison.

Nous devons dire seulement que, lorsqu'une maladie aiguë du cerveau se termine par une exhalation de sérosité plus ou moins abondante, la présence de ce fluide fait naître de nouveaux phénomènes morbides; et ces phénomènes sont ceux de la compression. On observe alors une somnolence, un coma plus ou moins profonds; la dilatation des pupilles, la cécité, la surdité, l'insensibilité de la peau, une paralysie ordinairement générale et graduelle, la résolution des membres, etc.

Phénomènes organiques. En consultant les auteurs qui ont écrit *ex professo* sur la maladie qui nous occupe, l'allemand Gœlis, entre autres, M. Coindet, etc., on voit, par les ouvertures de corps citées par eux, qu'ils ont trouvé une multitude d'altérations diverses. Une chose bien digne de remarque, et qui prouve combien la prévention fascine nos sens, c'est que jamais ces altérations, d'ailleurs très bien décrites par eux, ne leur ont paru la maladie principale! Il est même arrivé qu'ils n'ont pas trouvé d'épanchement, et cela

ne les a pas empêchés de considérer la maladie comme une hydrocéphale.

Le phénomène principal est une collection plus ou moins abondante de sérosité ou limpide ou purulente, floconneuse, sanguinolente, etc., mais constamment une altération plus ou moins profonde, ancienne ou récente, des méninges ou du cerveau. Cette collection séreuse occupe, soit les ventricules, soit le tissu sous-arachnoïdien, la base du cerveau, etc.

L'hydrocéphale n'étant donc qu'un symptôme, qu'un effet d'une multitude d'affections, le point capital est de distinguer à laquelle de ces affections elle appartient. On conçoit que sans cette connaissance il ne saurait y avoir de pronostic certain ni de thérapeutique rationnelle.

M. Guersent, qui serait d'ailleurs assez porté à reconnaître l'existence d'une hydrocéphale vraie, avoue cependant que, depuis qu'il se livre aux investigations cadavériques avec plus d'attention, il a toujours rencontré quelque altération de l'encéphale ou de ses annexes. Voilà donc encore une maladie qu'il faut rayer du cadre nosographique. L'opinion que j'émets ici, et que j'étends à toutes les hydropisies, a été publiée dans la première édition du *Ramollissement du cerveau*, en 1819, page 137, et dans la deuxième, page 303; elle a été ensuite admise par la plupart des auteurs qui ont écrit sur le même sujet.

Hydrocéphale chronique.

L'hydrocéphale chronique est plutôt un objet de curiosité pour les anatomistes, auxquels elle offre des anomalies intéressantes d'organogénésie, qu'un point pratique de pathologie. Notre savant ami le docteur Breschet a publié, dans le *Dictionnaire de médecine*, un article remarquable sur ce sujet; article qu'on ne saurait lire avec trop d'attention, et dont on doit recueillir un grand fruit.

L'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de sérosité *dans l'intérieur* du crâne constitue le principal phénomène de l'hydrocéphale, et lui a donné son nom; mais ce n'est là, comme dans la maladie précédente, qu'un effet secondaire; et je ne doute nullement qu'il ne soit dû à l'état morbide de l'encéphale ou de ses dépendances, ce que constate d'ailleurs presque toujours l'anatomie pathologique. L'on trouve en effet presque constamment le cerveau dans un état de lésion profonde, ou les méninges offrent des traces d'inflammation.

Phénomènes fonctionnels directs. On conçoit que ces phénomènes doivent varier suivant le genre et l'étendue de l'altération cérébrale, etc.; cependant c'est dans les actes de la locomotion, des sens, de l'intelligence, c'est-à-dire dans les fonctions encéphaliques, qu'il faut chercher les principaux caractères de l'hydrocéphalie chronique. Que la tête

ait un développement excessif, qu'elle n'ait que son volume physiologique, ou même qu'elle soit au-dessous de ce volume, les expressions fonctionnelles morbides sont à peu près les mêmes.

Les sens sont d'abord affaiblis, l'intelligence est presque nulle, la mémoire abolie; il existe une grande indifférence, la marche est chancelante, quelquefois impossible. Le malade éprouve souvent de la somnolence, des pesanteurs de tête, des vertiges : plus tard la vue se perd complètement, les yeux sont agités dans divers sens, le strabisme se déclare, le globe de l'œil est tourné en bas, en haut ou sur le côté; la pupille est dilatée, les angles des yeux sont chassieux; le nez est le siége d'une titillation incommode, la pituitaire est sèche, l'odorat se perd comme la vue. On remarque parfois des aberrations d'olfaction: les malades croient sentir la fumée, le linge brûlé, etc.; l'ouïe, d'abord très fine, devient obtuse, et se perd enfin; la voix est nasillarde, l'articulation des mots est difficile; le malade cherche une expression, la trouve avec peine, la répète sans cesse, et souvent l'oublie; la démence, l'idiotie plus ou moins complète, accompagnent cet état; la moindre pression, la plus légère secousse, imprimées au crâne, déterminent la somnolence, le coma, et souvent des convulsions; la tête, ordinairement d'un volume disproportionné, ne peut être soutenue, elle tombe sur la poitrine; quelquefois les malades l'agitent de

droite à gauche, ou d'avant en arrière; le tronc est dans une flexion habituelle et vicieuse; les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les pieds sur les jambes, et parfois les orteils sur la plante des pieds; les membres sont grêles, quelquefois convulsés, et les extrémités appliquées l'une contre l'autre.

On peut dans la succession des symptômes distinguer plusieurs périodes, dont la dernière présente tous les caractères d'une compression portée à un haut degré.

Phénomènes fonctionnels indirects. On a signalé une salivation abondante, une faim dévorante, avec amaigrissement sensible, comme des signes accompagnant assez constamment l'hydrocéphalie chronique : les malades sont ordinairement constipés, leur urine est citrine et peu abondante; dans la dernière période il y a défécation et miction involontaires; la respiration est plus ou moins difficile et gênée; le pouls petit, faible, irrégulier; la peau froide, etc.

Phénomènes organiques. Dans les cas les plus ordinaires le crâne offre un développement qui peut être porté jusqu'à un point incroyable : ce développement contraste d'une manière singulière avec celui de la face, qui reste petite, et peut-être plus petite que dans l'état physiologique; ce qui donne à la tête l'aspect d'un triangle dont la base est en haut. Ce développement est rarement régu-

lier; il peut être plus prononcé en haut, d'avant en arrière, sur les côtés, etc.; il peut être plus considérable dans un point que dans un autre. Si la maladie a persisté pendant quelque temps, l'ossification peut être achevée; les sutures sont réunies, souvent au moyen d'une multitude d'os wormiens; d'autres fois un tissu membraneux, à peine cartilagineux, les unit, et l'on peut sentir au travers une véritable fluctuation. Les os sont le plus ordinairement irréguliers dans leur forme; ils sont aussi plus minces que dans l'état naturel, mous et flexibles; mais on les a vus plus épais. Le crâne est quelquefois de volume naturel, et même plus petit; il est alors pyramidal.

L'encéphale est presque toujours imparfaitement développé dans sa totalité ou dans quelques unes de ses parties, qui parfois manquent complètement; il est quelquefois distendu par l'accumulation du fluide dans les ventricules: alors les circonvolutions sont effacées, la substance blanche comprimée a presque disparu, on ne distingue plus les deux substances; les couches optiques et les corps striés sont à peine prononcés, etc. Dans quelques cas la sérosité a son siége dans la cavité même de l'arachnoïde; le cerveau est alors refoulé, et plus ou moins atrophié. Le liquide qu'on trouve dans l'intérieur du crâne est le plus ordinairement limpide, transparent, quelquefois séreux-purulent, enfin purulent. Sa quantité est très variable; elle

peut être portée jusqu'à plusieurs livres. Sa composition chimique est aussi très variable ; l'eau en est la partie dominante; on y trouve de l'albumine ; une matière analogue à l'osmazôme, de l'hydrochlorate de soude et quelques phosphates, ete.

Ces différenees dans les altérations de l'encéphale paraissent appartenir aux époques où elles ont commencé à se développer : l'hydrocéphale chronique qu'on a nommée arachnoïdienne est vraisemblablement la suite d'une inflammation des méninges.

Atrophie et hypertrophie cérébrales.

Il existe dans les êtres organisés un type de développement qui constitue leur état normal ; cet état normal n'est pas renfermé dans un point, ses limites extrêmes sont assez éloignées les unes des autres ; de sorte que les individus peuvent approcher plus ou moins de ees extrêmes sans sortir d'une bonne organisation; mais au-delà et en-deçà de ee développement les fonctions cessent de s'exécuter d'une manière régulière, et dès lors eette anomalie de développement doit rentrer dans la pathologie. Ce que nous disons iei pour les individus, considérés dans leur ensemble, s'applique mieux encore à leurs différents organes ; ces organes peuvent en effet avoir trop ou trop peu de développement relativement à l'économie entière, et dès lors troubler l'équilibre si nécessaire à la

conservation de l'organisme. L'atrophie et l'hypertrophie existent manifestement dans le cœur, dans le foie, etc. Nous allons l'observer dans l'encéphale.

On a considéré ces deux états comme étant l'effet d'un travail phlegmasique. Nous pensons que dans certains cas ils peuvent en effet dépendre d'un semblable travail; mais nous croyons aussi que dans beaucoup de circonstances l'atrophie et l'hypertrophie peuvent dépendre 1° d'une organisation primitive; 2° de quelque obstacle apporté au cours du sang, qui empêche l'abord du fluide réparateur dans l'organe, ou le favorise, pousse ce fluide en excès dans cet organe; 3° d'une innervation plus ou moins facile; 4° d'une cause locale particulière pour chaque viscère; enfin de l'action forcée ou du repos absolu de nos parties.

Telles sont les principales causes prochaines de l'atrophie ou de l'hypertrophie des organes : on voit par là que le travail inflammatoire qu'on a voulu donner comme la cause unique de ces états ne les produit réellement que dans un petit nombre de cas.

Comme les autres organes, le cerveau est soumis à ces diverses influences. Quoique le volume physiologique de l'encéphale soit difficile à déterminer, quoiqu'il soit presque impossible de fixer d'une manière rigoureuse le point où commence et où finit le volume sain, malgré les mesures et le

poids relatif que l'on a conseillé de prendre pour base, l'habitude rend assez apte à reconnaître un cerveau trop ou trop peu volumineux, suivant l'âge, le sexe et la stature de l'individu.

L'atrophie du cerveau, qui peut être générale ou locale, s'observe fréquemment dans notre hospice. L'atrophie générale se fait particulièrement remarquer sur la portion du cerveau qui préside à l'intelligence : l'expression fonctionnelle qui la caractérise dans le vivant est l'idiotie ; rarement les mouvements sont-ils affaiblis d'une manière notable dans cette espèce d'atrophie, tandis qu'ils le sont fréquemment dans l'atrophie locale. L'innervation viscérale conserve aussi toute son énergie.

L'atrophie bornée à une portion du cerveau n'a guère attiré l'attention des médecins que dans ces derniers temps. C'est une altération curieuse, que j'ai eu de fréquentes occasions d'observer. Les phénomènes fonctionnels locaux qu'entraîne cette atrophie cérébrale consistent, dans le plus grand nombre des cas, dans l'immobilité, la contracture ou le tremblement des membres opposés au lobe malade. Ces membres sont ordinairement moins développés que ceux qui sont restés sains : ils sont atrophiés, et cela dans le sens de leur longueur comme dans le sens de leur grosseur ; on croirait voir les membres d'un enfant. Ceci se remarque particulièrement dans les cas où l'atrophie

est très ancienne. La main est ordinairement fléchie sur l'avant-bras, et lorsque le malade veut exécuter quelques mouvements, les doigts se raidissent et se fléchissent de la manière la plus bizarre. Le membre thorachique est plus souvent atrophié que le membre pelvien ; cependant celui-ci est quelquefois plus court que l'autre, et l'individu traîne la jambe ou marche en fauchant. L'intelligence peut rester libre, mais il est fréquent que ces sujets soient idiots. Les sens, d'un côté, sont souvent altérés ou même complètement perdus ; d'ailleurs dans cet état habituel les autres fonctions ne subissent aucun dérangement.

Phénomènes organiques. J'en ai rencontré de beaucoup d'espèces, et je crois qu'ils sont tous le résultat d'une ancienne maladie de l'encéphale survenue dans le fœtus ou dans la première enfance, rarement plus tard. Une portion du cerveau, le plus ordinairement le lobule antérieur d'un côté, est diminué de volume, évidemment moins développé que son congénère, et les os du crâne sont moulés sur cette dépression, conséquemment déprimés eux-mêmes.

Les circonvolutions sont minces, évidemment moins développées que sur les autres points, dans quelques cas entièrement effacées ; il existe dans cet endroit une impression digitale profonde. La consistance de ces parties est beaucoup plus grande

que dans l'état normal; cette matière paraît totalement insoluble dans l'eau; elle a la fermeté d'une cire légèrement échauffée. Sa couleur est jaunâtre; on la sépare facilement du reste de la substance cérébrale, dans laquelle elle se perd par une transition insensible. Dans certains cas, en incisant le cerveau dans la région déprimée, on parvient dans une cavité anfractueuse, fort analogue aux ventricules, mais totalement séparée d'eux; sa surface est lisse et polie; on y distingue parfois quelques légers vaisseaux; elle renferme une sérosité limpide, abondante; c'est un véritable ventricule accidentel; enfin, d'autres fois la substance cérébrale paraît avoir été simplement absorbée, et n'est remplacée par rien.

Mon dessein n'est pas de traiter ici des anencéphalies, qui ne me paraissent être qu'un degré de plus des états dont je viens de parler. Il me paraît assez probable que ces destructions partielles sont le résultat d'encéphalites locales, d'hémorrhagies ou autres maladies qui ont causé une altération dans la substance cérébrale, altération dont l'absorption s'est rendue maîtresse. Les bornes de cet ouvrage ne comportent pas de plus longs détails.

On a avancé récemment avoir observé l'hypertrophie du cerveau. Il est bien vrai que dans certaines occasions le cerveau semble faire saillie hors du crâne qui le renferme, lorsqu'on a fait une ouverture à cette boîte osseuse. Les

membranes sont distendues; lorsqu'on incise la dure-mère, le cerveau, comme boursouflé, se présente, distend l'ouverture, et s'échappe au dehors; les circonvolutions sont volumineuses, larges, parfois déprimées, aplatics: mais sans nier la possibilité de l'hypertrophie cérébrale, nous ferons observer que cet état nous a toujours paru consécutif. On le rencontre en effet dans les encéphalites au premier degré, et aussi dans la période d'épanchement, dans la congestion cérébrale primitive ou consécutive, dans l'hémorrhagie, dans les hydrocéphales, enfin dans tous les cas où les cavités ou bien la substance cérébrale elle-même contiennent une certaine quantité de fluide sanguin ou autre. L'hypertrophie vraie ne me répugne nullement à admettre, mais je ne pense pas qu'il en existe des exemples bien constatés jusqu'à ce jour.

Cancer du cerveau.

On a prétendu dans ces derniers temps que toutes les productions accidentelles étaient le résultat de l'inflammation, dont elles n'offraient qu'un mode particulier; nous accorderons plus tard quelques moments à la discussion de cette question singulière : elle ne doit nullement nous arrêter dans l'exposition des phénomènes morbides fonctionnels et organiques de ce mode prétendu d'encéphalite.

Un médecin, considérant les productions dont nous parlons comme de véritables corps étrangers, ce qui est vrai jusqu'à un certain point, a avancé qu'elles devaient toutes déterminer des symptômes locaux semblables; que ces phénomènes locaux dépendaient de la portion du cerveau lésée. Selon cet auteur, les productions accidentelles qui n'ont pas d'analogie dans l'économie ne peuvent donner lieu à aucun symptôme. Car, qu'est-ce qu'un symptôme? l'altération de la fonction d'un organe : or, ces productions accidentelles n'ont pas de fonctions, *puisqu'elles ne sont pas organisées;* elles ne sauraient donc par conséquent avoir des symptômes, ou, ce qui est la même chose, de lésions de leurs fonctions. Il prétend que c'est en déterminant l'encéphalite, la méningite ou la congestion, que ces productions accidentelles déterminent des phénomènes fonctionnels morbides. Il finit par dire qu'il n'ignore pas *que les auteurs ont assigné un grand nombre de symptômes aux tubercules, aux cancers*, etc. Je laisse au lecteur, dit-il, à juger maintenant qui d'eux ou de nous s'est trompé. Ce serait donc consumer son esprit et son temps en recherches superflues, que de s'efforcer de trouver des symptômes locaux caractéristiques, individuels, pour chacune des transformations accidentelles dont le cerveau est susceptible. *Il n'existe point de semblables symptômes.*

Nous ne saurions partager l'opinion du jeune

écrivain, qui d'ailleurs, dans beaucoup d'autres occasions, a donné des preuves d'un talent distingué, mais qui s'est laissé entraîner trop loin par l'autorité d'un maître célèbre. Le raisonnement qu'il fait pour les productions accidentelles, je l'avais fait lorsque la nature m'offrit pour la première fois le ramollissement du cerveau. Comment distinguer cette affection, disais-je, de l'hémorrhagie cérébrale? Elle détruit les mêmes portions d'organes, elle doit entraîner les mêmes désordres fonctionnels. Cependant la réflexion la plus simple me convainquit bientôt que deux altérations si différentes ne devaient pas avoir le même mode de développement, et je parvins ainsi à distinguer deux affections dont personne jusque là n'avait donné les signes différentiels. Ces affections sont devenues si distinctes, qu'il n'est personne aujourd'hui qui consentît à confondre l'encéphalite avec l'hémorrhagie cérébrale. Eh bien! si les productions accidentelles frappent les mêmes portions d'organes, est-il bien raisonnable d'affirmer, *à priori*, qu'elles les frapperont de la même manière? Ce sont des corps sans fonctions, dites-vous; mais ces corps naissent et se développent d'une manière particulière; ils diffèrent par leurs apparences physiques, pourquoi ne différeraient-ils pas pour leur mode de développement? Vous les considérez comme des corps inertes; mais c'est un grand tort : ces corps ne sont que la dégénération d'une portion de

l'encéphale, et cette dégénération peut s'opérer d'une manière particulière pour chacun d'eux. Certes, il y aura toujours altération des mouvements, du sentiment, des sens, de l'intelligence; mais ces altérations pourront présenter des caractères spéciaux, distinctifs.

Je sais bien que, considérant toutes ces productions accidentelles comme identiques, comme des encéphalites chroniques, peu vous importe de les distinguer; vous êtes même intéressé à faire croire que cette distinction est impossible. Mais nous qui ne croyons pas que le cancer du cerveau et les tumeurs fongueuses, que les vers vésiculaires et les tumeurs osseuses soient des maladies identiques, nous devons faire tous nos efforts pour chercher les signes distinctifs certains, incontestables. Malheureusement notre tâche est plus difficile que la vôtre; il est bien plus expéditif de dire qu'il est impossible de distinguer ces maladies, qu'on perd son temps à s'efforcer de le faire, que de chercher péniblement les signes qui peuvent les différencier.

Par conséquent, quoique une production nouvelle soit un corps sans fonctions, *bien qu'elle soit souvent organisée,* cependant cette production accidentelle, par son mode de développement et par sa nature, pourra imprimer des modifications aux désordres fonctionnels capables de les faire reconnaître. A la vérité, l'art n'est pas encore très avancé sur ce point; mais c'est le faire rétrograder, ou du moins

c'est empêcher ses progrès que d'affirmer qu'il sera toujours impossible de distinguer certaines maladies les unes des autres, et nous croyons qu'il est de notre devoir de nous efforcer de prouver le contraire.

Lorsque les modifications qu'on observe dans les signes locaux ne sont point assez tranchées, je ne pense pas qu'il soit défendu de faire usage, pour établir son diagnostic, des signes indirects ; cette méthode nous a souvent été utile au lit du malade, et nous ne pensons pas qu'elle soit hors de la question.

Pour le cancer du cerveau, on peut déjà remarquer comme modifications importantes dans les phénomènes fonctionnels locaux la douleur de tête lancinante, et des douleurs présentant le même caractère dans le membre paralysé ; comme signes médiats, mais importants, la lenteur du développement de la maladie, la teinte paille de la peau du corps et surtout du visage, un âge déjà avancé, et l'existence simultanée de quelque dégénérescence de la même nature.

Les *caractères organiques* du cancer sont très propres à faire distinguer cette altération de toute autre, et nous ne croyons nullement que du pus infiltré et durci dans la substance du cerveau soit la cause prochaine de cette lésion, pas plus que du pus infiltré et durci n'est la cause prochaine du cancer de la peau, lequel, comme

on sait, se développe sans travail inflammatoire préalable. On trouve dans quelques points de l'encéphale une tumeur dure, irrégulière, inégale, d'un volume variable, qui peut égaler la grosseur du poing, se détachant quelquefois avec facilité de la substance cérébrale, criant sous le scalpel qui la coupe, jaune, flavescente, parfois rougeâtre, semi-transparente. Dans quelques circonstances cette tumeur est plus ou moins molle vers le centre, blanchâtre, et ressemble à de la substance cérébrale ramollie; elle contient parfois du sang noirâtre, mélangé avec cette substance encéphaloïde.

La tumeur peut se détacher du cerveau, ou bien n'être point circonscrite; elle se perd alors insensiblement dans les parties voisines, sans qu'il soit possible de distinguer où la substance cérébrale cesse d'être malade.

Ces tumeurs produisant fréquemment l'inflammation des parties voisines, elles donnent lieu, dans ces cas, aux symptômes de l'encéphalite, et aux altérations organiques qui la caractérisent. Notre intention n'est pas de décrire les signes fonctionnels ou organiques dans les diverses parties que peut affecter le cancer du cerveau.

Tubercules du cerveau.

La dégénérescence tuberculeuse du cerveau est très rare chez les vieillards et chez les adultes : on la rencontre plus fréquemment chez les enfants et

chez les jeunes sujets. Néanmoins M. Denis, qui vient de faire paraître un travail étendu sur les maladies du premier âge, ne fait pas mention des tubercules de la pulpe encéphalique.

La rareté de cette affection est sans doute la cause qui s'est opposée jusqu'à ce jour à la découverte des signes auxquels on pourrait la reconnaître dans le vivant ; connaissance qui serait du plus haut intérêt, puisqu'elle pourrait conduire à combattre cette maladie de bonne heure, à s'opposer à son développement, et même à obtenir sa guérison.

Les phénomènes fonctionnels locaux sont des engourdissements, des picotements, de la douleur ou de l'insensibilité dans un ou plusieurs membres ; la diminution de la vue ou de l'ouïe, accompagnée de diverses hallucinations, et suivie de la perte totale des sens ; plus tard, la paralysie complète. La marche de ces accidents est essentiellement lente. Les tubercules ne paraissent donner lieu à aucun des phénomènes généraux déjà décrits. Nous devons cependant noter, comme un fait bien digne de remarque, les vomissements opiniâtres qu'on a quelquefois observés, et dont M. le docteur Chomel a publié un exemple si frappant. Les seuls signes qui puissent faire reconnaître la dégénérescence tuberculeuse seraient la coïncidence des tubercules dans d'autres viscères, la constitution et l'âge du sujet.

Phénomènes organiques. Les tubercules du cerveau présentent la même apparence que ceux des autres organes ; seulement il est rare qu'ils soient aussi multipliés que dans le poumon : quelquefois il n'en existe qu'un ; il peut alors égaler le volume d'un œuf de poule. Sa forme est globuleuse, oblongue, plus ou moins irrégulière ; il est, dans certains cas, le résultat manifeste de l'agglomération de plusieurs autres tubercules. Lorsqu'il en existe plusieurs, ils sont disséminés dans divers points de la pulpe encéphalique ; leur grosseur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle dont nous venons de faire mention ; mais leur volume ordinaire est celui d'un petit pois. Il est très difficile de reconnaître dans ces productions une organisation quelconque : on n'y voit aucune fibre ; cependant on y distingue souvent des vaisseaux qui les pénètrent, et entretiennent sans doute leur nutrition et leur accroissement. Leur consistance est ordinairement ferme ; cependant leur intérieur est souvent ramolli, et contient comme une espèce d'infiltration sanguine. Leur couleur est jaunâtre, d'un blanc sale. Ils sont parfois enveloppés dans une véritable poche membraneuse, composée de deux feuillets, l'un cérébral, et l'autre propre, qui les isole du cerveau, auquel ils adhèrent immédiatement dans d'autres cas. Au bout d'un certain temps ces tubercules déterminent à leur circonférence un véritable ramollissement inflamma-

toire, qu'on peut alors reconnaître aux signes qui le caractérisent.

On conçoit que les phénomènes fonctionnels produits par les tubercules doivent varier suivant leur nombre, leur siége, leur volume, et les irritations consécutives qu'ils déterminent. On leur a distingué aussi plusieurs périodes, et on a décrit les changements organiques qui se manifestent dans ces différentes phases. Ces détails, superflus ici, seront lus avec plaisir dans la thèse de M. Léveillé neveu, sur les tubercules du cerveau.

Tumeurs osseuses des parois du crâne, etc.

Je ne sache pas que les tumeurs osseuses des parois internes du crâne, que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, et dont j'ai cité quelques exemples, aient attiré l'attention des médecins d'une manière spéciale. Ces tumeurs, en comprimant la partie de l'encéphale qui leur correspond, donnent lieu à des phénomènes fonctionnels locaux analogues à ceux que nous avons exposés déjà, tels que paralysie des membres, de la langue, des sens, etc.; mais elles offrent comme signes distinctifs une douleur ostéocope fixe, augmentant la nuit et par la chaleur, augmentant aussi dans certaines conditions atmosphériques. Ces tumeurs coïncident d'ailleurs avec d'autres phénomènes syphilitiques consécutifs, avec d'autres tumeurs osseuses extérieures, et surviennent

chez des personnes dont les maladies antécédentes peuvent beaucoup éclairer sur la nature de la cause organique des accidents qu'on observe.

Phénomènes organiques. Les tumeurs osseuses des parois internes du crâne peuvent occuper toutes les régions ; elles peuvent être multiples ou solitaires ; je les ai particulièrement observées sur la base du crâne ; je les ai vues sur le rocher et vers le trou occipital. L'os peut être altéré dans sa texture ainsi que la dure-mère, ou bien il peut être sain et seulement comme hypertrophié. Lorsqu'il est altéré, il est manifestement changé de couleur et de consistance ; il peut être rouge, brun, violet ; il se laisse pénétrer par le scalpel avec la plus grande facilité. Lorsqu'il n'est pas altéré, il est difficile de reconnaître la maladie : cependant, en examinant attentivement l'extérieur du cerveau et du cervelet, on aperçoit ordinairement une dépression contre nature, lisse, polie ; les circonvolutions cérébrales paraissent dans cet endroit légèrement effacées.

Lorsque pendant la vie on a observé des symptômes cérébraux bien évidents, et que la texture de l'encéphale a paru saine, il faut regarder la base du crâne avec le plus grand soin. Il m'est arrivé, dans un cours de clinique, de trouver le trou occipital presque oblitéré par un développement anomal de la circonférence osseuse. Une autre fois la tumeur qui avait produit les phénomènes

locaux avait son siége sur la portion pétrée du temporal, etc.

Les phénomènes fonctionnels varient suivant le siége de ces tumeurs. Ils peuvent être simplement locaux, lorsque la tumeur est unique; ils sont généraux s'il existe des tumeurs des deux côtés; enfin ils sont généraux aussi lorsque la moelle épinière se trouve comprimée.

Fongus de la dure-mère.

Il est fort singulier que le fongus, tant qu'il est renfermé dans l'intérieur du crâne, ne produise la plupart du temps aucun signe de sa présence ; c'est du moins ce qu'il faut conclure du mémoire de Louis, puisque, sur les vingt observations qu'il cite, il n'en est que deux ou trois qui aient occasioné quelques désordres fonctionnels dans les mouvements, les sens, le sentiment ou l'intelligence.

On ne peut reconnaître le fongus de la dure-mère que lorsque, par les mouvements, il est parvenu à user les parois osseuses du crâne : alors il se montre au dehors sous l'aspect d'une tumeur d'un volume variable, pulsative, dont les mouvements sont isochrones aux battements du pouls, que la pression fait disparaître en partie, et qui par cette même pression produit des phénomènes de compression cérébrale, tels que somnolence, perte de connaissance, coma, paralysie de quel-

ques membres, etc., phénomènes qui disparaissent avec la pression.

Lorsque la tumeur est refoulée dans le crâne, on sent les bords inégaux et irréguliers de l'ouverture qui lui donne issue.

Les pulsations de la tumeur n'ont lieu que dans un sens; il n'existe pas de dilatation, ce qui empêche de confondre cette maladie avec une tumeur anévrysmale. Lorsqu'on la comprime latéralement, elle ne produit aucun phénomène nerveux; cette pression est quelquefois douloureuse, mais non toujours.

Quelque temps avant l'irruption du fongus au dehors, les parois du crâne, dans le lieu correspondant, étant très amincies, fléchissent sous le doigt qui les presse, et font entendre un bruit analogue à du parchemin sec.

J'omets à dessein de décrire les phénomènes encéphaliques locaux que fait naître, dans quelques cas rares, la maladie dont nous parlons, d'abord parcequ'ils ne se montrent que rarement, en second lieu parcequ'ils ressemblent à ceux qui accompagnent les lésions locales chroniques de l'encéphale.

Phénomènes organiques. La tumeur fongueuse de la dure-mère peut se montrer sur tous les points de cette membrane; je l'ai plus souvent observée vers les orbites et les régions temporales. La nature de cette tumeur est souvent érectile,

c'est-à-dire, une espèce de réseau inextricable formé par une multitude de vaisseaux sanguins : c'est alors un vrai fongus, une espèce de tumeur variqueuse ; quelquefois c'est une tumeur de nature évidemment fibreuse dans laquelle se rendent aussi un grand nombre de vaisseaux ; mais l'organisation de cette production accidentelle est souvent très compliquée, et tellement confuse qu'il est impossible d'en reconnaître la nature ; elle offre parfois de la ressemblance avec la dégénérescence cancéreuse. Nous pensons bien que ce sont là plusieurs espèces de maladies, mais leur siége est le même ; elles offrent d'ailleurs l'analogie la plus grande. Cétte tumeur, ou plutôt ces tumeurs, contractent des adhérences avec les parties voisines, de sorte qu'il est très difficile de savoir précisément d'où elles naissent. J'en ai vu une dernièrement, qui adhérait tellement à l'os pierreux du temporal, qu'il fut impossible de l'en détacher et d'assurer si elle avait pris naissance sur la dure-mère ; elle avait fait saillie sur la tempe gauche. Souvent elles dépriment le cerveau et s'y creusent un lit sans en altérer la substance ; d'autres fois elles le désorganisent. Elles sont d'ailleurs plus ou moins volumineuses, uniques ou multiples, irrégulières, enkystées ou sans kystes, ressemblant à un champignon dont le pédoncule est embrassé par l'ouverture, etc. Les os voisins sont corrodés, inégaux, irréguliers, souvent méconnaissables.

Acéphalocystes.

La plus grande obscurité règne encore sur l'histoire des acéphalocystes du cerveau. La lenteur sans doute fort grande de leur développement, leur rareté extrême, leur ressemblance nécessaire, inévitable, avec les autres productions accidentelles de l'organe qui nous occupe, sont des raisons plus que suffisantes pour expliquer l'ignorance où nous sommes sur les signes de cette maladie ; mais nous trouvons dans ces raisons mêmes un motif pour ne regretter que médiocrement de ne pas avoir plus de lumières sur cette affection, c'est son extrême rareté. Il est une multitude de points obscurs en médecine bien autrement importants à éclaircir. Il est vraisemblable que notre ignorance sur les acéphalocystes ne sera préjudiciable à personne, tandis que celle où nous sommes sur la rage, sur l'épilepsie, etc., a sans doute causé et cause encore tous les jours les plus graves dommages.

Jusqu'ici les phénomènes fonctionnels observés ont été la paralysie locale ou générale, la perte d'un ou plusieurs sens, le coma, etc., suivant que la maladie avait son siége dans un hémisphère ou dans les ventricules.

Cette affection, comme les autres productions accidentelles, finit par déterminer ordinairement une

encéphalite ; alors se montrent les signes qui caractérisent cette dernière maladie.

Caractères organiques. On trouve dans les ventricules une ou plusieurs tumeurs, *isolées du plexus choroïde* (il existe très souvent sur les plexus choroïdiens des tumeurs en grappe, transparentes, résultat de l'accumulation de sérosité dans le tissu de ces plexus, qu'il faut bien se garder de prendre pour des hydatides); on trouve, disons-nous, une ou plusieurs tumeurs, isolées ou réunies par un pédicelle très ténu; tumeurs de la grosseur d'un pois, d'un grain de raisin, et même d'un œuf, transparentes ou opalines, renfermant une sérosité limpide. Quelquefois ces tumeurs sont inscrites les unes dans les autres. Elles peuvent avoir leur siége dans la substance même du cerveau, ce qui est plus rare; elles offrent à peu près les mêmes caractères, excepté que la portion du cerveau en contact avec elles est lisse, polie, et revêtue d'une membrane très évidente, souvent facile à détacher.

Différences principales qui existent entre les maladies précédentes.

Les maladies que nous venons d'examiner diffèrent entre elles sous beaucoup de rapports, au moins pour la plupart; leurs signes locaux et généraux, leur marche et leurs caractères organiques, sont essentiellement distincts. Le plus grand

nombre diffèrent entre elles par tous ces points; quelques unes ne sont différentes que par leurs phénomènes anatomiques.

Sous le rapport de leur marche, elles sont aiguës et chroniques. Il est aisé de les isoler les unes des autres; et cette séparation simplifie singulièrement le diagnostic spécial. Si nous avons à reconnaître une maladie aiguë du cerveau, nous mettrons de côté toutes les affections chroniques; nous n'avons plus à nous embarrasser de toutes celles qui offrent cette dernière marche: et nous savons qu'elles sont en grand nombre. Nous laisserons de côté le cancer, les tubercules, les fongus, les tumeurs osseuses, les acéphalocystes, et autres productions morbides. On voit combien la question se trouve simplifiée. Si nous avons, au contraire, affaire à une maladie chronique, nous mettrons de côté toutes les maladies aiguës, telles que la méningite, la congestion cérébrale, l'encéphalite, le ramollissement, l'hémorrhagie.

Les maladies aiguës du cerveau sont générales ou locales : cette subdivision est presque aussi importante que la précédente, puisqu'elle restreint le nombre des maladies sur lesquelles on doit fixer son attention.

Les maladies aiguës générales de l'encéphale sont l'anémie, la pléthore, la congestion, la méningite, quelquefois l'encéphalite. Il est difficile de confondre ces affections; elles offrent toutes

quelques différences caractéristiques. Le peu d'énergie du système circulatoire, la pâleur de la face, la langueur des fonctions encéphaliques, feront reconnaître l'anémie cérébrale; des phénomènes opposés caractériseront la pléthore du cerveau; la perte de connaissance sera le signe distinctif du coup de sang; la céphalalgie et la surexcitation, la réaction générale, l'état fébrile, ceux de la méningite et de l'encéphalite générale, maladie de la même nature, qui existe presque toujours avec la précédente, dont elle n'est pour ainsi dire que le développement. Voilà donc des caractères suffisants pour séparer ces maladies générales aiguës.

Quelques unes, telles que la congestion et la méningite, peuvent être locales, c'est-à-dire ne frapper qu'une moitié du cerveau ou des méninges; et cette circonstance peut les faire confondre avec les maladies locales aiguës du cerveau. Mais la congestion locale se dissipe ordinairement avec facilité, au bout de douze ou vingt-quatre heures; il ne reste plus aucune trace de paralysie. Il ne peut en être ainsi d'une hémorrhagie cérébrale, si légère qu'on la suppose.

La méningite locale pourrait être confondue avec l'encéphalite locale; mais je crois qu'on ne peut considérer ceci comme une erreur, vu l'extrême analogie des deux affections. Cette analogie est au contraire une confirmation de l'excellence de la méthode diagnostique, puisqu'il existe en même

temps analogie dans la nature de la maladie, et analogie dans l'expression fonctionnelle.

Parmi les maladies aiguës locales, nous avons l'encéphalite, le ramollissement et l'hémorrhagie. Les phénomènes inflammatoires, tels que le début par un frisson, la chaleur à la peau, la fréquence du pouls, la soif, enfin l'état fébrile, accompagneront l'encéphalite locale, et feront reconnaître un travail phlegmasique dans le cerveau. Le développement lent et gradué des phénomènes fonctionnels, l'absence de tout phénomène fébrile, dans certains cas la circonstance concomitante d'une disposition scorbutique, feront distinguer le ramollissement non inflammatoire de la maladie précédente; l'invasion brusque, sans phénomènes précurseurs, chez un sujet d'ailleurs bien portant, seront les caractères de l'hémorrhagie du cerveau.

On voit par ce qui précède que, lorsque les diverses affections cérébrales se présentent avec leurs symptômes réguliers, ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas, il est bien difficile de les confondre les unes avec les autres, à moins d'une ignorance profonde ou d'une grande incurie. Malheureusement il est des circonstances où ces affections, ou n'offrent pas tous les signes qui leur sont propres, ou même en présentent qui leur sont étrangers, ce dont nous allons parler bientôt.

Les maladies qui nous occupent, c'est-à-dire les maladies locales aiguës du cerveau, peuvent

aussi, soit par leur siége, soit par leur étendue, donner lieu à des phénomènes généraux, et en imposer. Ainsi, un ramollissement qui aura tuméfié la portion encéphalique qu'il occupe, au point de comprimer l'hémisphère sain, une hémorrhagie assez considérable pour produire le même phénomène; donneront lieu à des symptômes généraux; mais, dans ces cas, si l'on a pu observer l'individu dans les premiers moments de la maladie, on aura pu remarquer des signes locaux. La difficulté est plus grande lorsque l'affection a son siége dans la protubérance annulaire; mais ces cas sont rares; ils peuvent d'ailleurs être présumés.

Excepté l'hydrocéphale chronique, qui n'est elle-même qu'un effet consécutif de diverses désorganisations du cerveau, les maladies chroniques de ce viscère sont locales. Sans doute il est très difficile, dans l'état actuel de la science, de les distinguer les unes des autres: mais cela tient uniquement à leur mode de développement, qui est le même; au siége qu'elles occupent, qui peut être aussi le même; et nullement à ce qu'elles ne sont que des effets de l'encéphalite, ainsi qu'on l'a prétendu dernièrement. Malgré ces difficultés, nous avons exposé quelques circonstances capables de les faire reconnaître pendant la vie. Plus de deux cents élèves en médecine ont vu dans nos salles une jeune fille chez laquelle nous re-

connûmes, un an avant sa mort, l'existence d'un tubercule. L'autopsie en fut faite à l'ouverture de notre cours de clinique de 1825, et l'observation en a été recueillie par M. Chambeyron, élève interne très distingué. Il existait un tubercule de la grosseur d'un œuf dans le cervelet.

On pourra reconnaître l'existence d'un cancer, si le malade éprouve des douleurs de tête lancinantes, si la peau est d'une couleur paille, s'il ressent des élancements dans le bras opposé à la céphalalgie; s'il a été atteint d'une affection cancéreuse au sein, à l'utérus si c'est une femme, aux testicules si c'est un homme : l'âge du malade devra être pris en considération. On sait que le cancer n'affecte guère que les adultes et les vieillards ; que les jeunes sujets en sont exempts.

Le tubercule ne présentera aucun de ces phénomènes : ce seront des symptômes ordinairement locaux, lents dans leur marche, mais qui surviendront chez de jeunes sujets, ou chez des sujets ayant des tubercules dans d'autres organes.

Les tumeurs osseuses se montreront chez d'anciens syphilitiques ; il pourra exister à l'extérieur des tumeurs de même nature ; les douleurs augmenteront la nuit, etc.

Lorsque le fongus de la dure-mère sera sur le point de sortir du crâne, et mieux encore lorsqu'il aura fait irruption au dehors, il sera facile de le reconnaître aux signes qui le distinguent.

Mais ces distinctions attestent plutôt la perfection du diagnostic, qu'elles n'ont été jusqu'ici fort utiles au traitement de ces maladies. Toutes ces productions accidentelles ont jusqu'à ce moment échappé à l'action de nos puissances thérapeutiques : cependant si l'on peut espérer un jour de les combattre avec succès, ce ne sera qu'en fondant leur traitement sur des distinctions positives. Peut-on croire en effet que les diverses altérations dont nous avons parlé, si différentes par leurs caractères organiques, soient susceptibles d'être combattues par les mêmes moyens? Le cancer et l'hydatide, le tubercule et la tumeur osseuse, etc., doivent-ils céder au même traitement?

Circonstances qui rendent difficile le diagnostic des maladies précédentes.

Le diagnostic des maladies cérébrales n'est pas toujours aussi simple et aussi clair que nous venons de l'exposer, ainsi qu'on serait peut-être tenté de le croire d'après ce que nous avons dit. Il est bien vrai que lorsque ces maladies se présentent avec toutes les circonstances dont nous avons fait mention, il est difficile de ne pas les distinguer; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Et d'abord, les altérations du cerveau, attaquant la même portion d'organe, doivent ne produire que les dérangements de la fonction à laquelle préside cette portion d'organe, et ces dérangements, ainsi que

nous l'avons vu, ne doivent différer que par des nuances plus ou moins fugitives ; mais ces nuances mêmes ne se présentent pas toujours, ou se présentent embarrassées, défigurées par d'autres phénomènes qui leur sont étrangers, et qu'il est cependant très difficile d'en séparer. Ces maladies peuvent marcher sans qu'il existe de signes qui les caractérisent. De tout temps on a reconnu des maladies latentes : il en existe moins aujourd'hui qu'autrefois ; nos moyens d'investigation se sont multipliés au point que beaucoup de maladies qu'on aurait méconnues jadis sont de nos jours faciles à reconnaître. Néanmoins il est encore des affections d'organes qu'on est surpris de rencontrer après la mort, et qui n'ont produit pendant la vie aucun signe qui ait pu déceler leur existence. Ce point de la pathologie est véritablement très obscur et à peu près inexplicable. Il est bien certain que ces faits arrivent lorsque l'affection a marché avec lenteur, qu'elle a détruit lentement l'organe ; il est bien certain aussi qu'une lésion très bornée, survenue rapidement, donne lieu à des phénomènes très prononcés ; mais cela fait-il moins que, dans le premier cas, un organe détruit ne continue ses fonctions ; et que, dans le second, un organe presque inaltéré ne cesse les siennes ? Comment les fonctions peuvent-elles encore s'exercer dans le premier cas, comment cessent-elles de s'exercer dans le second?

Il est donc très difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître les maladies lorsqu'elles sont vraiment latentes, et l'expérience prouve qu'il en existe de telles.

Il arrive assez souvent aussi qu'une maladie revêt les caractères d'une autre maladie. Nous avons cité l'exemple singulier d'un anévrysme de l'aorte pectorale qui avait simulé exactement une pneumonie, dont il avait offert tous les signes ; on conçoit que, dans le cerveau, des cas analogues doivent souvent se présenter, et rendre conséquemment le diagnostic très difficile. Une hémorrhagie cérébrale peut avoir des signes précurseurs, et le ramollissement en manquer : comment distinguer alors ces deux affections?

La maladie, sans être entièrement latente, peut manquer de beaucoup de signes qui la caractérisent, cette circonstance doit apporter aussi de grandes difficultés dans le diagnostic. Cela se rencontre fréquemment dans les maladies qui nous occupent. Ainsi, lorsque le ramollissement manque de signes précurseurs, son diagnostic est d'une extrême difficulté.

Il en est de même lorsqu'une maladie cérébrale offre une marche anomale, un ramollissement qui, après avoir donné lieu à des accidents progressifs, semble s'amender, suivre une marche inverse pendant quelques jours.

Mais après les maladies qui ne s'annoncent par

aucun signe, après les maladies latentes, il n'en est pas de plus obscures que celles qui se compliquent entre elles. Ainsi lorsqu'il existe en même temps plusieurs altérations diverses, l'hémorrhagie et le ramollissement primitif ou consécutif, il est presque impossible de reconnaître au juste l'altération; mais comme en général on en reconnaît au moins une, ces cas ne peuvent pas être rigoureusement regardés comme des erreurs.

Indépendamment de ces difficultés, il peut encore s'en rencontrer d'autres analogues à celles que nous avons exposées d'une manière générale dans notre premier volume; mais il ne faut pas se laisser rebuter par elles; il faut penser que les cas simples et clairs sont les plus fréquents, et que les cas obscurs deviennent de jour en jour plus rares; que plus on fixe son attention et moins on en rencontre souvent; plus on se rend habile à saisir les moindres nuances dans les phénomènes morbides, et plus on acquiert de certitude dans le diagnostic; et qu'enfin il n'est peut-être pas impossible de surmonter les difficultés qui maintenant nous paraissent invincibles. Jetons nos regards en arrière, voyons ce que nous avons fait depuis quinze ans, et ne désespérons pas de l'avenir. Surtout ne nous laissons pas décourager par les déclamations de ces esprits faux qui s'étudient à recueillir des cas exceptionnels pour détruire des principes sur lesquels reposent nos progrès futurs, et de ce que

les faits qu'ils publient sont inexplicables, n'ayons pas la faiblesse de laisser rétrograder la science.

Quoique notre ouvrage ne soit nullement polémique, nous ne pouvons nous dispenser de consacrer quelques mots à la discussion de certaines propositions avancées dans ces derniers temps par quelques auteurs de beaucoup de mérite.

On a attribué toutes les lésions dont nous venons de parler à l'encéphalite ; on les a considérées comme des résultats de l'inflammation du cerveau. Les arguments sur lesquels on s'est appuyé nous paraissent forcés : il nous semble qu'on a tourmenté les faits pour les faire servir de preuves à cette opinion.

Il n'y a pas moins d'inconvénient à tout confondre qu'à tout diviser : regarder comme identiques des objets hétérogènes, ou comme hétérogènes des objets identiques, doit nécessairement conduire aux mêmes fautes, exposer aux mêmes dangers. Ne sera-t-il pas aussi fâcheux de regarder des maladies différentes comme une seule et même maladie, que de considérer une même affection comme des affections de plusieurs natures? Dans le premier cas ne sera-t-on pas conduit à administrer le même traitement à des maladies diverses, et dans le second un traitement différent à la même affection? Il est donc d'une haute importance de prouver que les personnes qui ont voulu ne voir dans

les maladies cérébrales qu'une seule et même maladie, séduites et entraînées par des vues purement théoriques, et même systématiques, ont plutôt reculé qu'avancé la science.

Pour prouver que toutes ces maladies étaient identiques on a d'abord été obligé de dire que les différences anatomiques et fonctionnelles n'établissaient aucune diversité dans la nature des maladies. Mais alors sur quelles bases établira-t-on cette différence? comment cet étrange paradoxe n'a-t-il pas arrêté ces auteurs dès le premier pas? Quoi! les altérations des organes et les altérations des fonctions ne constituent pas la principale différence des maladies? Je crois bien que si de telles différences n'en sont pas, il ne sera pas difficile de démontrer que non seulement les maladies, mais que tous les êtres de la nature se ressemblent. Voyez cependant où peut conduire le désir de faire triompher une opinion préconçue! La différence des altérations organiques, la différence dans les symptômes, n'en apporte aucune dans les maladies! Mais alors où les prendrez-vous? Sur quelles bases établirez-vous les distinctions? Pour soutenir votre opinion, il fallait donc d'abord commencer par avancer que les phénomènes organiques et fonctionnels ne peuvent servir à caractériser les maladies : c'est-à-dire commencer par avancer une proposition insoutenable.

La première difficulté qui arrête ces auteurs,

c'est de déterminer le sens du mot inflammation, et surtout de lui assigner des bornes. Où commence l'inflammation, où finit-elle? Ils avouent qu'ils n'en savent rien. Au lieu d'un aveu si naïf, ils auraient mieux fait de dire leur pensée tout entière, *tout est inflammation;* et dès lors la discussion était finie là : il devenait inutile de prouver que toutes les maladies dont nous venons de parler étaient des inflammations.

Nous sommes loin de partager l'opinion de ces estimables confrères, et à supposer que toutes les maladies du cerveau fussent inflammatoires, il demeurerait évident pour nous que les différences profondes et variées qui surviennent dans le tissu de cet organe ne peuvent dépendre d'une maladie identique, et qu'il est extrêmement important, sous le double rapport du traitement et du pronostic, de bien distinguer ces cas. Si l'on avait cherché seulement à faire voir que les auteurs ont confondu souvent l'encéphalite et la méningite, nous nous serions facilement rendus à ce sentiment; on vient de voir en effet que ces deux maladies, surtout lorsque l'encéphalite est générale, offraient entre elles la plus grande ressemblance, et cela ne peut être autrement, puisque la méningite ne peut manifester sa présence que par le trouble des fonctions cérébrales. Mais quoique la distinction de ces deux affections de même nature soit peu importante pour leur traitement, je n'en demeure

pas moins convaincu par les ouvertures de corps qu'elles peuvent exister séparément, comme la pleurésie et la pneumonie. L'analogie des symptômes de la méningite et de l'encéphalite générale doit être très grande, puisque ce sont deux maladies de même nature, qui affectent un même organe, ou des parties chargées de favoriser l'action de cet organe : mais cela ne fait pas que ce ne soit là qu'une seule et même maladie.

Il est bien vrai que les collections purulentes se font à la surface cérébrale de l'arachnoïde, tandis qu'elles ont lieu à la surface interne et lisse des autres séreuses ; mais cela tient 1° à ce que la pie-mère, très vasculaire et celluleuse, s'enflamme fréquemment ; 2° à ce que les autres membranes séreuses étant fortement adhérentes aux organes qu'elles enveloppent et aux parois des cavités qu'elles tapissent, il ne peut se former aucune exsudation sur leur surface extérieure. Ces raisons si simples auraient pu dispenser de chercher la cause de ce mode de suppuration dans l'inflammation même de la substance cérébrale.

Que le ramollissement du cerveau soit fréquemment le résultat de l'encéphalite, c'est ce que nous avons publié dès notre première édition ; mais si l'on se reporte au temps où nous écrivions, cette maladie n'ayant encore été traitée *ex professo* par personne, on verra que nous devions d'abord recueillir des faits, nous élever à une description gé-

nérale d'après ces faits, nommer la maladie d'après le phénomène organique le plus constant, et ne rien préjuger sur sa nature encore inconnue: c'est ce que nous fîmes. On a prétendu depuis que la dénomination de ramollissement était absurde, et qu'il valait mieux nommer cette maladie *encéphalite :* soit; mais comment nommerez-vous un ramollissement qui ne sera pas inflammatoire ? Vous direz que *vous n'y croyez pas :* c'est beaucoup plus simple, et cela tranche net la difficulté ; d'autres n'en feront pas mention. Mais si au lieu de faire des livres avec les livres des autres, vous vous donniez la peine d'observer la nature, vous verriez qu'elle présente très souvent les faits auxquels vous avez vos raisons pour ne pas croire.

Pour nous, nous croyons qu'il n'est pas de travail inflammatoire qui puisse expliquer les ramollissements dont la couleur est plus blanche que le tissu même du cerveau, et que nul symptôme inflammatoire n'annonce. Nous ne saurions croire qu'à mesure que la maladie fait des progrès, la rougeur, l'injection, la turgescence inflammatoires diminuent, et que sous cette nouvelle forme elle puisse représenter le ramollissement blanc. Nous ne croyons pas, non plus que les auteurs que nous réfutons, qu'une maladie change de nature parce-qu'elle change de couleur ; mais il n'est pas démontré pour nous qu'il y ait eu changement de couleur. Nous ne croyons pas que le ramollissement

dont nous parlons soit la terminaison par suppuration de l'encéphalite ; il n'y a là aucune trace de suppuration. Le pus, dans le cas qui nous occupe, n'a nullement pris la place du sang ; il n'est point infiltré comme lui dans la substance cérébrale, il faut n'avoir jamais vu de ramollissement blanc pour soutenir une pareille opinion. Il est impossible de ne pas reconnaître l'infiltration de pus dans la substance cérébrale ; mais cette infiltration ne donnera jamais lieu à une dégénération plus blanche que la substance médullaire et que le pus lui-même. Que la pénétration du pus pâlisse la substance grise, fort bien, parcequ'elle est plus foncée que lui ; mais qu'elle blanchisse la substance blanche, plus blanche que le pus lui-même, au point de lui donner l'aspect du lait pur, c'est difficile à comprendre ; cette explication nous paraît forcée.

Que sera-ce si nous parlons de ces ramollissements multiples, couleur lie de vin, survenus tout-à-coup, la plupart du temps sans signes précurseurs, et qui ressemblent exactement à un effort hémorrhagique avorté ou à des ecchymoses scorbutiques ? On ne manquera pas de nous dire que c'est encore là un degré de l'inflammation, la pénétration du sang dans le tissu du cerveau. Mais ici il faut admettre que l'inflammation a lieu sans travail inflammatoire, et que le scorbut est une inflammation, etc., ou bien dire qu'on n'y croit pas, ce qui est plus simple.

Au reste, remarquez que ce n'est là qu'un point bien moins important qu'on ne cherche à le faire croire ; car si l'on admet que toutes les maladies cérébrales sont des encéphalites, on ne devra pas moins admettre qu'il en est d'une multitude d'espèces; qu'il en existe d'aiguës avec phénomènes de réaction, de chroniques sans phénomènes de ce genre, de latentes, etc.; et dès lors on conviendra que le même mode de traitement ne saurait être applicable.

Qu'il nous sera plus facile de prouver que l'hémorrhagie cérébrale ne peut être le résultat de l'encéphalite! Dans la majorité des cas, absence de phénomènes précurseurs; la maladie frappe un individu dans la plénitude de la santé, au moment où il se livre à ses occupations ou à ses plaisirs. Il n'existait pas la plus légère céphalalgie, pas le moindre symptôme encéphalique; tout-à-coup il tombe, il perd connaissance. Est-ce là la marche d'une phlegmasie? Je suis pris dans un salon, au milieu d'une conversation, sans la moindre douleur locale, d'une hémorrhagie nasale: ai-je une inflammation de la pituitaire?

Mais l'âge ossifie les vaisseaux, leurs parois deviennent fragiles, ils se rompent par l'abord un peu plus considérable du sang vers l'encéphale ; ce fluide s'infiltre dans sa substance, la divise, la déchire, s'y forme des foyers, se fait jour au dehors des hémisphères ou dans les ventricules : et vous

allez prendre ces altérations pour des résultats de la phlegmasie! Vous n'êtes pas difficiles à contenter.

Il est bien vrai que l'hémorrhagie peut arriver au centre d'une portion de cerveau ramollie ; mais alors c'est une véritable complication de deux maladies différentes ; alors il a existé un ramollissement antérieur. Rien n'empêche en effet qu'une hémorrhagie n'arrive dans une portion du cerveau qui a perdu sa cohésion.

Il est encore bien vrai que le sang agissant comme un corps étranger, il survient autour du foyer une véritable inflammation ; mais c'est alors un phénomène consécutif. Quant à la raison qui fait dire que les cicatrices qui suivent les hémorrhagies cérébrales sont le résultat de l'inflammation, parcequ'il n'y a que l'inflammation qui fait les cicatrices, elle est spécieuse; mais je crois que l'absorption peut très bien enlever des liquides épanchés, favoriser par là le rapprochement des parois des foyers et peut-être leur adhésion sans travail inflammatoire. Les prétendues érosions ulcéreuses ne seraient seulement pas citées à l'appui de l'opinion que nous réfutons, si, au lieu de s'en rapporter à Morgagni et autres, on eût vu ces érosions, ces ulcères sur le cadavre; on y aurait toujours reconnu une déchirure purement mécanique.

Nous ne croyons pas qu'il ne se forme des exhalations sanguines que dans les tissus ulcérés, rongés, désorganisés, cancérés : les hémorrhagies dans

le tissu pulmonaire sain, dans le foie, etc., en sont la preuve indubitable ; et de ce que les surfaces ulcérées, les cavernes, qui laissent exhaler du sang, sont la cause et non l'effet des hémorrhagies, ce n'est pas une raison pour que toutes les hémorrhagies soient produites par cette cause.

Les traces que l'hémorrhagie laisse dans le cerveau ne me paraissent pas toujours les suites de l'inflammation ; je ne conçois pas qu'on ait pu avancer que la couleur jaune serin des parois des kystes apoplectiques soit due à la suppuration résorbée ; je ne sais sur quel fondement on a pu appuyer une semblable assertion, puisqu'on peut suivre quelquefois sur le même sujet, lorsqu'il a eu, à diverses reprises, plusieurs attaques d'apoplexie, toutes les nuances par où passe le sang avant de disparaître complètement. Je dois dire ici que j'ai vu fréquemment, chez des individus qui avaient éprouvé de nombreuses apoplexies, des infiltrations séreuses renfermées dans des espèces de mailles celluleuses inextricables ; ces exhalations séreuses pénétraient quelquefois la substance même du cerveau, et en diminuaient la consistance.

Lorsque les traces que laisse l'hémorrhagie cérébrale sont évidemment inflammatoires, il me semble qu'il y a plus de raisons pour les croire consécutives que primitives.

On a regardé aussi comme une suite de l'encé-

phalite l'induration du cerveau; mais c'est ici une simple conjecture, et les preuves sur lesquelles on s'appuie ne sont fondées que sur des raisonnements et sur l'analogie.

Quant à la congestion sanguine, nous ne consentirons jamais à la considérer comme une variété de l'encéphalite, pas plus que nous ne considèrerons la rougeur, la chaleur des joues d'une personne qui éprouve un mouvement de pudeur, comme une variété de l'érysipèle; cet exemple identique prouve que le rapprochement est un peu forcé.

Nous parlerons plus tard des névroses, etc.; abordons sur-le-champ la question des productions accidentelles. Elles sont, dit-on, des résultats de l'encéphalite. Quoi! même un ver vésiculaire est le résultat de l'encéphalite? Mais vraiment cette encéphalite a bien du pouvoir : elle produit les congestions, les hémorrhagies, les suppurations, les ramollissements, les endurcissements, les fongus, les cancers, les tubercules et les vers, etc., etc.; c'est merveilleux. Il est vraiment fort singulier que nous nous obstinions à leur croire une origine différente, fort singulier que nous ne soyons pas entraînés par la force des raisonnements suivants:

« Il existe plusieurs analogies entre les tubercules et les abcès. *Donnez à la matière qui constitue ceux-ci une consistance d'albumine coagulée ou une cohésion caséeuse, et vous ferez un tubercule; ramol-*

lissez, liquéfiez au contraire la matière tuberculeuse, et vous obtiendrez un abcès.

» Le tubercule n'est, *pour ainsi dire*, que la matière de la suppuration sous forme solide, et l'abcès est cette même matière sous forme liquide. » Est-il possible qu'on puisse se contenter aujourd'hui de semblables balivernes ? et puis on nous dira, *Prouvez-nous le contraire.*

Le cancer et ses variétés ne sont que le résultat de l'infiltration du pus dans la substance cérébrale. Ainsi le ramollissement blanc et le cancer sont la même chose; ils ne varient que pour leur consistance. Mais ces auteurs qui prétendent avoir suivi à l'extérieur tous les modes de l'inflammation, ont-ils assisté au développement du cancer de la peau, ont-ils vu l'apparition d'une petite tumeur dure, semi-transparente, lancinante, s'étendant de proche en proche, et peuvent-ils m'assurer que ce soit là la manière dont se conduit une inflammation qui suppure?

Nous ne contestons pas que l'inflammation ne favorise beaucoup la production des tubercules, des cancers, etc.; mais qu'on me dise pourquoi ce ne sont pas toujours des tubercules, des cancers, des kystes, des tumeurs érectiles, etc. Il faut bien qu'il y ait là quelque prédisposition ; et dès lors cette prédisposition sera le point important, le point capital, et l'inflammation une circonstance générale secondaire.

Les ossifications sont aussi le résultat de l'inflammation; mais pourquoi pas la digestion, la nutrition, l'accroissement? Les acéphalocystes sont aussi le résultat de l'encéphalite, etc. Les tumeurs érectiles reconnaissent la même cause, etc. Arrêtons-nous, et confessons que les auteurs qui soutiennent ces opinions n'ont jamais mieux fait que de dire :

« Pour nous, nous ne *croyons* pas qu'il soit prudent et philosophique de *croire*, en médecine, autre chose que ce qui est démontré. » C'est pourquoi nous, qui ne *croyons* pas philosophique de *croire* autre chose que ce qui est démontré, nous attendrons des preuves ultérieures plus convaincantes. « En conséquence nous n'adopterons l'opinion de ces auteurs que lorsqu'elle sera appuyée sur des faits recueillis avec toute l'exactitude nécessaire. Mais, en attendant, qu'il nous soit permis de penser que des productions que nous voyons, *pour ainsi dire*, se former sous nos yeux lorsque l'inflammation affecte les parties extérieures du corps, que nous pouvons *presque* développer à volonté (faites donc un cancer, un tubercule, un fongus, une hydatide) en déterminant des irritations et des inflammations artificielles, qu'il nous soit permis, dis-je, de penser que ces productions peuvent être considérées, *du moins provisoirement*, comme les effets du travail inflammatoire. » Pour nous, nous n'adopterons l'opinion de ces auteurs

que lorsqu'elle sera appuyée sur des faits recueillis avec toute l'exactitude nécessaire, et jusque là qu'il nous soit permis de penser que des choses si variées, si différentes, ne sont pas le résultat d'une cause identique, et qu'à le supposer même, ce ne serait pas dans ce qu'elles ont de commun qu'il importerait le plus de les considérer, mais dans ce qu'elles offrent de différent; et qu'il serait plus utile de reconnaître pourquoi l'inflammation fait un cancer, un tubercule, etc., que d'affirmer qu'ils sont l'effet d'un travail inflammatoire, et qu'il n'en faut pas savoir davantage.

§ II. Diagnostic des maladies de la moelle épinière.

Le diagnostic des maladies de la moelle épinière est bien plus obscur que celui des maladies de l'encéphale. Cette obscurité n'est cependant pas telle qu'on ne puisse parvenir encore à dérober à la nature quelques uns de ses secrets. M. le docteur Ollivier, qui s'est particulièrement occupé de ces maladies, et qui a publié un ouvrage estimable sur la moelle épinière, a bien voulu nous communiquer l'extrait qu'on va lire.

Myélite.

Les médecins anciens connaissaient peu l'inflammation de la moelle épinière ; ce n'est que depuis que l'anatomie pathologique est en vigueur

qu'on a reconnu l'existence de cette maladie, et qu'on a porté l'attention sur elle.

« D'après ce qu'ont écrit les auteurs sur la myélite, il est très difficile de distinguer les symptômes qui lui sont propres, parcequ'ils ont le plus souvent confondu cette inflammation avec celle des enveloppes de la moelle. Cependant il paraît que le symptôme le plus constant est une douleur excessivement aiguë et profonde, accompagnée d'un sentiment de chaleur âcre dans la longueur du rachis, et que les mouvements exaspèrent considérablement. Il est d'autant plus douteux qu'il y ait eu myélite dans cette dernière circonstance, que J. Frank dit positivement qu'il n'a jamais observé d'accroissement de la douleur dorsale par les mouvements. Le malade est couché tantôt sur le ventre, et tantôt sur le dos. Cette dernière position aggrave la douleur, suivant Klohss, surtout lorsque le malade repose sur un lit de plume et non sur un matelas.

» A la douleur dorsale, qui existe bien plus fréquemment dans un point seulement du dos que dans toute sa longueur, se joint un état de stupeur accompagné de fourmillements incommodes dans les membres abdominaux : cette stupeur est d'autant plus prononcée que l'inflammation est plus rapide ; elle se termine par la paralysie plus ou moins complète. Quelquefois le malade ne peut remuer les membres inférieurs, qui sont le siége

de douleurs excessives, que le plus léger contact exaspère à un point extrême; c'est ce que M. Ollivier a observé une fois entre autres chez un malade; le drap seul ne pouvait être supporté. L'excrétion involontaire des matières fécales et de l'urine ou leur rétention a lieu plus ou moins complètement. Ordinairement la constipation et la rétention d'urine existent dans le début de la maladie. On n'observe les phénomènes contraires que plus ou moins long-temps après l'invasion. Dans quelques cas rares, on les a cependant vus dès le commencement. Enfin, la constipation peut aussi exister jusqu'à la fin, et l'excrétion de l'urine rester volontaire.

» La paralysie qui suit la myélite a quelquefois une marche ascendante; de sorte qu'elle gagne la partie supérieure du tronc, les membres supérieurs, et détermine enfin la cessation de la respiration, et la mort par asphyxie. Dans quelques cas plus rares, on a vu au contraire ces accidents suivre une marche opposée et se propager de haut en bas. Tantôt la paralysie du mouvement existe seule, le malade conserve la sensibilité; tantôt la sensibilité seule est abolie : enfin la paralysie du sentiment et du mouvement peut être également complète. Ces différences dépendent de la partie de la moelle qui est altérée, sa moitié antérieure présidant au mouvement et sa moitié postérieure à la sensibilité. Assez ordinairement la paralysie se

manifeste d'abord seulement dans un membre, puis ensuite dans celui du côté opposé. On a vu quelquefois des convulsions plus ou moins prolongées précéder la paralysie. Les membres sont parfois dans un état de contraction permanente et douloureuse, d'autres fois ils sont flasques, sans nulle rigidité.

» La myélite, qui peut avoir son siége dans toute l'étendue de la moelle épinière ou dans une portion seulement de sa longueur, se décèle alors par des phénomènes qui annoncent dans quelle partie elle réside. Si c'est dans la région supérieure, dans celle qui est plus ou moins voisine de la protubérance annulaire, il y a souvent alors trouble des sens, délire furieux, etc., en un mot tous les symptômes qui caractérisent l'inflammation cérébrale; paralysie de tout le corps, et mort rapide avec tous les accidents de l'asphyxie : on a vu quelquefois dans ce cas des symptômes d'hydrophobie.

» Quand la portion cervicale est le siége de l'inflammation, on remarque assez souvent une rigidité prononcée dans les muscles du cou, de même que dans les membres supérieurs, qui sont quelquefois agités de mouvements convulsifs, et qui ne tardent pas à être paralysés. Cette paralysie, qui commence toujours dans un des membres thorachiques seulement, est précédée par un sentiment d'engourdissement dans les extrémités des doigts. Cette sensation remonte graduellement de

la main à l'avant-bras et au bras, et bientôt alors elle est remplacée par la perte du mouvement, et quelquefois du sentiment en même temps. La respiration est ordinairement laborieuse, très pénible, et ne s'opère que par le diaphragme. M. Ollivier a vu dans un cas la déglutition excessivement difficile.

» Lorsque l'inflammation réside dans la portion dorsale de la moelle entre les deux renflements, on observe plus particulièrement alors des secousses convulsives et continues du tronc, auxquelles les membres ne participent pas, à moins que la désorganisation n'occupe une partie des renflements. La respiration est courte, précipitée, diaphragmatique ; il y a des palpitations, des battements de cœur irréguliers et forts. A ces symptômes se joignent, suivant M. Pinel fils, l'anéantissement presque complet des fonctions du système nerveux, et un état fébrile général marqué par l'excitation de toutes les fonctions.

» Enfin, quand le renflement lombaire est le siége de la myélite, on observe plus particulièrement la paralysie des membres inférieurs, l'écoulement involontaire ou la rétention des matières fécales et de l'urine, avec une douleur profonde bornée à la région lombaire. On a remarqué aussi un satyriasis plus ou moins prononcé quand la maladie résultait d'une chute ou d'un coup.

» Dans la myélite chronique il n'existe assez souvent aucun sentiment douloureux ; cependant

il n'est pas rare de rencontrer des individus chez lesquels la maladie s'annonce long-temps avant qu'aucun symptôme de la paralysie se manifeste, par un état douloureux des membres, qui en rend la moindre pression pénible, et qui est accompagné d'une douleur plus ou moins circonscrite dans la longueur du rachis. Quelquefois le médecin et le malade lui-même ne reconnaissent cette dernière circonstance qu'en portant successivement l'extrémité des doigts sur la série des apophyses épineuses, et en appuyant légèrement sur chacune d'elles. C'est ainsi qu'on distingue les douleurs rhumatismales de celles que ressent le malade, lesquelles dépendent de la myélite chronique, et sont souvent accompagnées d'un simple défaut de force dans les mouvements. Enfin, la paralysie des membres, de la vessie et du rectum se prononce graduellement, en même temps qu'il y a une diminution sensible dans la chaleur des parties paralysées ; la transpiration cutanée cesse également de s'y manifester.

» La myélite peut être, comme on l'a vu, aiguë ou chronique. Dans le premier cas, ses progrès sont quelquefois si rapides, que la mort arrive le troisième et le quatrième jour ; elle peut se prolonger jusqu'au quinzième et au dix-huitième. Cette inflammation ne se termine pas toujours par la mort ; mais les exemples de guérison sont très rares. A l'état chronique elle n'est pas suivie

aussi souvent d'une issue funeste, et les malades peuvent vivre dix, douze et vingt ans frappés ainsi d'une paralysie des quatre membres, en conservant toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles.

« Les caractères organiques de cette maladie sont » à peu près les mêmes que ceux de l'encéphalite. »

Méningite rachidienne.

« L'inflammation des enveloppes membraneuses de la moelle est rarement bornée au canal rachidien; le plus souvent elle se propage à celles du cerveau dans une étendue variable : aussi observe-t-on fréquemment des symptômes de méningite cérébrale avec ceux qui dénotent la méningite rachidienne. Mais si l'on isole ces derniers des premiers, on voit qu'il existe constamment dans cette inflammation à l'état aigu deux symptômes qui sont, sinon toujours réunis, au moins le plus ordinairement.

» Le premier consiste dans une contraction générale des muscles de la partie postérieure du tronc, qui peut varier depuis la simple rigidité musculaire jusqu'à la contraction la plus violente. Il en résulte un renversement de la tête et du tronc en arrière (opisthotonos), le rachis formant une espèce d'arc inflexible dans toute sa longueur. On doit noter cependant que, dans la méningite qui occupe la base du cerveau, la portion cervicale du rachis se courbe quelquefois en arrière; mais

alors le reste du tronc conserve sa rectitude et sa souplesse habituelles. Le second symptôme est une douleur plus ou moins vive dans toute la région dorsale, douleur dont la violence est variable; elle semble naître en général du point où l'inflammation a le plus d'intensité, et là aussi elle est toujours plus aiguë. Assez souvent elle offre des rémissions et quelquefois même des intermittences complètes. Suivant quelques auteurs, elle est exaspérée par la pression. M. Ollivier n'a jamais observé ce fait, mais ce qu'il a constamment vu, c'est que les plus légers mouvements l'augmentent au point de faire jeter des cris au malade. La douleur suivant la longueur du rachis est un signe assez constant de la méningite rachidienne aiguë.

» Ce qui peut surtout servir à faire distinguer cette inflammation de celle de la moelle épinière elle-même (myélite), c'est qu'en général, et du moins dans tous les cas observés ou rapportés par M. Ollivier, on n'a pas remarqué de lésions dans la sensibilité des membres inférieurs : toujours cette propriété a persisté jusqu'à la fin, tandis qu'elle est constamment altérée et plus ou moins complètement éteinte dans la myélite proprement dite. M. Ollivier considère cette circonstance comme fort importante, puisqu'elle achève de caractériser l'inflammation bornée aux seules enveloppes méningiennes du cordon rachidien.

» Dans quelques cas on a vu les malades accuser

même une douleur aiguë dans les membres, avec une raideur plus ou moins prononcée, en outre, le trismus, des convulsions ou la paralysie. La respiration difficile, anhéleuse; la rougeur de la face, les yeux vifs, brillants; la soif intense, la déglutition difficile; le pouls fréquent, plus ou moins fort, etc., sont des symptômes qu'on remarque quelquefois, mais spécialement quand le cerveau ou ses membranes participent à l'inflammation.

» La marche de la méningite rachidienne est ordinairement rapide, et sa terminaison funeste. Le plus souvent les malades succombent le huitième, le dixième ou le quinzième jour, quelquefois le troisième ou le sixième. M. Ollivier l'a vûe se prolonger à l'état aigu jusqu'au trentième jour. Il est à remarquer que les phénomènes morbides suivent une marche ascensionnelle, de sorte qu'on voit la raideur ou la difficulté des mouvements survenir graduellement dans les membres supérieurs, et après qu'on a observé ces symptômes dans les membres inférieurs. Les lésions cadavériques prouvent en même temps cette progression ascendante de l'inflammation. Des observations assez nombreuses l'ont convaincu que cette inflammation peut passer à l'état chronique; elle est accompagnée alors de symptômes fort obscurs ou tout-à-fait inappréciables. Quelques altérations pathologiques, comme des adhérences, des épaississements de ces membranes, annoncent aussi que

cette phlegmasie est susceptible de guérison; mais les exemples en sont rares. »

Quant aux maladies qui altèrent profondément le tissu de la moelle épinière, ou qui, développées dans les parties circonvoisines, compriment cet organe et empêchent ses fonctions, leur diagnostic différentiel est encore peu avancé. Elles ont pour symptômes communs ceux qui accompagnent la compression lente de cet organe; et ces symptômes varient suivant la hauteur à laquelle est placée la lésion organique, et suivant aussi qu'elle occupe toute la moelle, ou bien une partie. Ainsi, lorsqu'une altération organique est située dans la région lombaire, si elle est encore peu développée, qu'elle ne comprime ou ne détruise qu'une partie de cet organe, il peut y avoir engourdissement, douleur, fourmillement, picotement, insensibilité, difficulté de mouvoir le membre pelvien situé du côté opposé à la lésion organique. A mesure que la maladie détruit ou comprime la moelle tout entière, ce n'est plus une hémi-paraplégie qui existe, c'est une paraplégie plus ou moins complète; les phénomènes qui existaient d'un côté commencent à se faire sentir de l'autre, à mesure qu'ils deviennent eux-mêmes plus prononcés. Enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la nature et la marche de la maladie, la paraplégie est complète. Il y a perte du mouvement, et quelquefois perte du sentiment

dans les extrémités inférieures; la miction et la défécation, d'abord difficiles, finissent par devenir impossibles. Il faut sonder les malades pour les faire uriner, et aller à la recherche des matières fécales; car les purgatifs ne produisent aucun résultat, et enflammeraient plutôt les intestins. Le malade traîne une existence malheureuse, qui se termine enfin par des eschares gangréneuses, qui naissent sur tous les points de pression, par l'infiltration générale, etc.

Lorsque la maladie occupe la région dorsale, à ces phénomènes se joignent souvent ceux d'une respiration difficile, par la difficulté des mouvements des muscles inspirateurs, animés par les nerfs intercostaux. Enfin, lorsque l'altération organique occupe la région cervicale, outre les phénomènes propres aux lésions précédentes, il faut joindre des accidents semblables dans les membres thorachiques, de plus quelques troubles dans la voix et la parole, et souvent des mouvements spasmodiques dans les membres. Cet appareil de symptômes est accompagné de peu de douleurs dans la partie malade; il se développe avec plus ou moins de lenteur; et rarement on observe des phénomènes généraux de réaction, ou simplement sympathiques.

Les maladies qui les produisent sont le cancer et ses variétés, le tubercule, les tumeurs fongueuses, les tumeurs osseuses, les hydatides, la déviation et la carie des vertèbres, enfin la plupart

des altérations morbides dont nous avons tracé les caractères dans nos généralités.

Le cancer de ces parties pourrait être reconnu à des douleurs lancinantes, revenant par intervalles, se rapprochant vers la fin de la maladie; à la teinte jaune paille de la peau; à l'existence d'un cancer dans une autre partie du corps; à l'âge du malade, puisqu'il est rare que cette maladie attaque les très jeunes sujets.

Le tubercule se reconnaîtrait à l'existence de cette maladie dans un autre organe; à l'âge du sujet, ordinairement jeune; et à l'absence des signes précédents.

La déviation et la carie de la colonne vertébrale sont faciles à constater par la simple inspection.

Les tumeurs osseuses intérieures pourraient coexister avec des tumeurs semblables au dehors, et avec une disposition syphilitique générale.

Quant aux autres, il est, je crois, impossible, dans l'état actuel de la science, de leur assigner quelques caractères; mais leur extrême rareté doit faire peu regretter cette lacune.

§ III. Diagnostic des maladies des appareils sensitifs.

Les maladies des organes des sens sont très nombreuses, et tellement qu'elles ont donné lieu à des traités spéciaux volumineux; et c'est dans ces traités qu'on doit les étudier. MM. Scarpa,

Sœmmering, Demours, et un grand nombre d'autres, ont publié des monographies importantes sur les maladies des yeux; M. Itard a fait un beau travail sur les maladies de l'oreille; M. Hipp. Cloquet a réuni, sous le titre d'Osphrésiologie, tout ce qui concerne les maladies du nez. La seule analyse, quelque succincte qu'on la supposât, de ces divers écrits dépasserait de beaucoup les bornes de cet ouvrage. D'ailleurs la chirurgie s'est emparée de la plupart des affections des sens, et nous n'exposerons ici qu'un très petit nombre d'entre elles.

Les maladies des appareils sensitifs peuvent avoir leur siége, 1° dans les parties constituantes de l'organe; 2° dans le nerf qui reçoit et conduit l'impression au cerveau; 3° dans le cerveau lui-même, dans le centre de perception. Les altérations des sens dépendantes des maladies du centre de perception ne peuvent être regardées que comme des symptômes de ces maladies: voilà pourquoi il est très important de distinguer ces cas, si l'on veut faire une médecine rationnelle et ne pas s'exposer à combattre une maladie pour une autre. Nous les avons signalées dans plusieurs endroits de cet ouvrage. Celles qui dépendent de l'altération morbide des nerfs sont obscures, difficiles à distinguer; enfin parmi celles de l'organe lui-même il en est un petit nombre qui sont de notre ressort.

Ophthalmie.

L'ophthalmie et l'amaurose sont les seules maladies dont nous ayons à tracer les caractères, encore l'une et l'autre sont-elles réclamées par la chirurgie. Quant aux diverses névroses de la vue et des sens en général, nous pensons qu'elles ne sont que des symptômes d'autres affections dont on ne doit nullement les séparer.

L'ophthalmie s'annonce par la cuisson, la chaleur des yeux, un picotement insupportable, accompagné de larmoiement. Ces phénomènes sont plus ou moins prononcés suivant que l'ophthalmie doit être plus ou moins intense. On observe quelquefois des symptômes généraux lorsque la maladie doit être violente; un frisson suivi de chaleur en signale l'invasion, et ses prodromes sont les mêmes que ceux des affections aiguës.

Bientôt la conjonctive oculaire perd sa blancheur; elle prend une teinte rosée, tantôt uniforme, tantôt inégale, sillonnée par des vaisseaux capillaires visiblement injectés. Le picotement, la cuisson, la douleur, deviennent plus vifs; le malade ne peut supporter une forte lumière; tout le globe de l'œil est douloureux; des grains de sable semblent interposés entre l'œil et les paupières; la vue se trouble, et l'on peut apercevoir que la cornée a perdu de sa transparence. Une chaleur in-

commode, vive, insupportable, se fait sentir dans ces organes.

Tous ces symptômes peuvent croître à un point extraordinaire ; la cuisson et la douleur peuvent être insupportables ; la plus faible lumière produit une impression douloureuse ; la conjonctive n'est plus simplement injectée, elle devient rouge, écarlate, pourpre ; les paupières se collent l'une contre l'autre; la pupille se rétrécit ; les malades froncent les sourcils pour éviter la lumière ; des larmes abondantes arrosent leurs joues, et quelquefois les corrodent ; d'autres fois au contraire l'œil est parfaitement sec.

Plus tard, vers le onzième jour environ, la tuméfaction de la conjonctive est telle qu'elle forme une saillie, un véritable bourrelet autour de la cornée transparente et sort d'entre les paupières : c'est ce qu'on appelle un *chemosis*.

Vers le quinzième jour, mais plus tard ou plus tôt suivant les moyens employés, et suivant aussi l'intensité de l'inflammation et sa cause, tous ces symptômes s'arrêtent, s'amendent, diminuent; la chaleur est moins vive; la cuisson, le picotement, la douleur, sont plus supportables; la rougeur n'est pas moindre, mais on voit qu'elle prend un autre caractère; elle n'a plus l'aspect de la turgescence, de l'irritation ; les larmes se troublent par le mélange d'une sécrétion puriforme qui a lieu sur la conjonctive; elles perdent leur âcreté, devien-

nent douces ; enfin, plus tard, elles reprennent leur caractère normal, et tous les phénomènes que nous venons d'exposer disparaissent. La rougeur seule persiste plus long-temps ; elle peut même durer un temps indéterminé, ce que Scarpa attribue à l'afflux mécanique du sang dans les vaisseaux primitivement développés par l'inflammation.

Dans l'ophthalmie intense on observe des phénomènes sympathiques plus ou moins graves : l'insomnie, une céphalalgie violente, le battement des artères temporales, la chaleur générale, la soif, accompagnent cette espèce d'inflammation.

A la suite des ophthalmies on observe des taches sur la cornée, qui portent le nom de taies, et qui sont souvent ineffaçables : c'est l'accident le plus commun. Il en est d'autres, tels que la suppuration des paupières, etc., qui sont moins fréquents.

On a distingué un assez grand nombre d'ophthalmies. Ces distinctions ne sont pas sans importance pour le traitement ; aussi les indiquerons-nous. On a établi une ophthalmie des nouveau-nés, ou ophthalmie puriforme ; elle est surtout remarquable par les phénomènes généraux graves qu'elle occasione : cris, larmes, tremblements continuels, convulsions, insomnies, vomissements ; surtout elle est redoutable parcequ'elle occasione l'opacité prompte et générale de la cornée.

L'inflammation totale du globe de l'œil doit être

distinguée de la maladie dont nous parlons, en ce qu'elle est beaucoup plus grave que la précédente, qu'elle fait naître le délire, l'inflammation du cerveau et des méninges, et se termine souvent par la mort. La suppuration du globe de l'œil est une de ses terminaisons ordinaires. Mais si ces distinctions sont utiles, nous ne croyons pas qu'il soit fort intéressant de décrire à part l'inflammation de l'iris, de la choroïde, du cristallin même, enfin de toutes les parties constituantes de l'œil.

L'ophthalmie varie suivant la disposition particulière de l'individu qu'elle attaque. Elle peut être dartreuse, scrofuleuse, blennorrhoïque, vénérienne, variolique, etc. Enfin elle passe souvent à l'état chronique ; alors elle est moins violente ; elle est ordinairement bornée aux bords libres des paupières.

Amaurose.

Il ne faut pas oublier que l'amaurose peut n'être qu'un symptôme d'une affection cérébrale ou du nerf optique. On l'a vue accompagner l'oblitération ou la dilatation anévrysmatique de l'artère optique, l'ossification de la rétine, son changement en tissu fibreux, la destruction du nerf optique, son oblitération, sa compression par une tumeur sanguine, cancéreuse, tuberculeuse, osseuse du cerveau ou de ses enveloppes ; le ramollissement, la désorganisation de l'encéphale dans le voisinage des nerfs

optiques, l'inflammation et l'épaississement des méninges; on a trouvé quelquefois des tumeurs fibreuses ou squirrheuses dans les nerfs optiques eux-mêmes, etc. Mais l'amaurose est aussi souvent le résultat d'une altération insensible du nerf optique et de son expansion.

La perte complète ou presque complète de la vue, survenant tout-à-coup ou d'une manière graduelle, avec transparence ordinairement parfaite de toutes les parties de l'œil et immobilité de la pupille, constitue l'amaurose.

Lorsque l'amaurose est subite, le malade perd tout-à-coup la faculté de voir; mais lorsqu'elle est graduelle, les objets éloignés ou légèrement éclairés cessent d'être aperçus; des filaments, des brouillards, des toiles d'araignées, voltigent sans cesse devant les yeux, suivent les regards, importunent les malades, qui souvent cherchent à s'en débarrasser en se frottant le globe de l'œil. Ces phénomènes augmentent, ils voilent fortement les objets. La pupille se dilate, conserve sa transparence, mais devient immobile dans la majorité des cas. Il peut survenir un léger strabisme, et quelquefois la prunelle devient irrégulière; elle peut se dilater considérablement, ou, au contraire, se rétrécir beaucoup, au point de s'effacer presque complètement. Dans certains cas on aperçoit une teinte bleuâtre, grisâtre, à travers cette ouverture. Il est rare, lorsque l'amaurose est complète, que l'iris conserve

quelque mobilité : les cas où ce phénomène a été observé sont même révoqués en doute.

L'amaurose peut être héréditaire ou acquise, symptomatique, sympathique, métastatique, idiopathique, complète, incomplète, continue, intermittente et périodique.

La plus grande difficulté dans le diagnostic consiste à distinguer si l'amaurose est idiopathique ou symptomatique d'une affection cérébrale ; nous devons même avouer que cette distinction est le plus souvent impossible, à moins cependant que la maladie primitive ne soit bien caractérisée. Quant à la distinction de l'amaurose des autres maladies de l'œil, elle est en général facile, et les cas qui présentent quelques difficultés sont très rares.

Otite, otalgie, dysécée, paracousie, etc.

L'inflammation de l'oreille a son siége, soit dans le conduit auditif externe, soit dans l'oreille interne elle-même. Il existe à peu près entre ces deux espèces d'inflammation la même différence qu'entre l'ophthalmie proprement dite et l'inflammation du globe de l'œil. La première est souvent légère, la seconde peut occasioner l'encéphalite, la méningite, et être suivie de la mort.

Suivant le siége et l'intensité de l'inflammation, il peut y avoir ou ne pas y avoir de prodrome. Une douleur plus ou moins intense arrivant subi-

tement ou d'une manière graduelle se fait sentir ; en même temps l'ouïe devient dure ou s'exalte ; le malade éprouve de la chaleur, de la tension dans l'oreille malade : il entend des bruits de cloches, de vents, de ruisseaux ; des sifflements, des bourdonnements, des tintements de toute espèce ; le moindre bruit devient difficile à supporter, et même intolérable. Si l'otite est violente et interne, il existe de la céphalalgie, de l'insomnie, du délire même ; les enfants poussent des cris, se plaignent continuellement ; il survient des pertes de connaissance, des convulsions ; enfin le cortége des phénomènes généraux accompagne alors cette phlegmasie.

Elle peut se propager jusqu'aux méninges et à l'encéphale ; alors les symptômes des phlegmasies de ces organes se joignent à l'otite. D'autres fois les maladies cérébrales commencent, et l'otite n'est qu'un effet consécutif. La mort peut alors terminer cette affection.

Lorsque l'otite est simple, externe et peu intense, elle se termine par résolution au bout de sept ou huit jours ; dans les cas plus graves, elle dure quinze, vingt ou vingt-cinq jours et même plus ; elle se termine alors par suppuration : une espèce de liquide séreux, ou purulent et sanguinolent, s'écoule par l'oreille et souvent par la trompe d'Eustachi. La destruction du tympan, l'ulcération des parties molles, la carie de

quelques os de l'oreille, l'épaississement de la membrane qui tapisse le conduit guttural, l'oblitération de ce conduit, et par suite la dureté de l'ouïe, etc., sont les suites les plus ordinaires de l'otite grave. Cette maladie peut aussi passer à l'état chronique.

Une douleur violente, subite, revenant par intervalles réguliers ou irréguliers, sans phénomènes de réaction, n'occasionant aucun des désordres que produit l'inflammation, ne laissant à sa suite aucune trace sensible, affecte quelques individus, et a reçu des pathologistes le nom d'*otalgie*, parce-qu'on a supposé que cette affection avait son siége dans le nerf acoustique ou dans la portion dure de la septième paire. Il est facile à ces traits de distinguer cette affection de la précédente.

Parlerons-nous de la dysécée, de la paracousie, de la surdité, ainsi que d'une multitude d'autres altérations du sens de l'ouïe? Sont-ce là bien réellement des maladies, ou bien simplement des symptômes? Il ne faut que jeter un coup d'œil sur l'ouvrage de M. Itard pour se ranger de cette dernière opinion. Dès lors on conviendra que ces sujets sont mieux placés en traitant des maladies dont ils sont les effets. Nous devons simplement dire ici que l'inflammation chronique des parties constituantes de l'oreille, les abcès des parties voisines, les caries des os, les abcès du cerveau, etc., sont les causes les plus fréquentes de ces accidents;

qu'ils dépendent même souvent d'une altération insensible des nerfs, d'une paralysie, etc.

L'otorrhée de quelques auteurs ne doit être considérée que comme une otite chronique.

Des hémorrhagies peuvent s'effectuer par l'oreille externe : le diagnostic local en est très évident ; mais la cause organique n'est pas toujours facile à reconnaître. Ces hémorrhagies sont ordinairement supplémentaires des règles. Elles peuvent être traumatiques ; c'est-à-dire le résultat de la fracture des os de la base du crâne ou de toute autre lésion mécanique. Ces hémorrhagies sont d'ailleurs susceptibles des divisions que nous avons établies dans nos considérations générales.

Coryza.

L'inflammation de la pituitaire est généralement une maladie peu grave, malgré le voisinage de l'encéphale.

Elle s'annonce rarement par des signes précurseurs. Ses premiers symptômes sont la sécheresse de la membrane pituitaire, une douleur gravative qui se fait sentir vers les sourcils, dans la région qui correspond aux sinus frontaux, et quelquefois sous les yeux, vers les pommettes : les malades disent avoir toute la tête et la face entreprises ; les yeux sont brillants, larmoyants, et parfois légèrement endoloris ; l'orifice des narines est rouge et fendillé ; leur intérieur est le siége d'une chaleur

et d'une tension incommodes ; l'odorat est obtus ; la respiration plus ou moins gênée ; les malades dorment la bouche ouverte, sans doute à cause du gonflement de la pituitaire.

Au bout de deux ou trois jours, à l'état de sécheresse succède une sécrétion abondante de mucosité nasale, claire, limpide, âcre, irritant les parties voisines, la lèvre supérieure principalement. Au bout de quelques jours le liquide exhalé prend de la consistance, de l'opacité, et perd de son âcreté ; en même temps les phénomènes locaux diminuent d'intensité, et la résolution est ordinairement opérée vers le septième ou dixième jour, lorsque les causes qui l'ont déterminé ne persistent pas.

L'épaississement de la membrane qui tapisse le canal nasal et l'oblitération de ce canal, d'où résulte une tumeur et une fistule lacrymales, sont les suites les plus fâcheuses de cette maladie. On observe aussi quelquefois après elle des ulcères rebelles de la pituitaire, la carie des os du nez ; enfin, lorsque cette inflammation se répète, des polypes, et autres altérations profondes des parties constituantes du nez. La terminaison par gangrène est justement révoquée en doute ; mais le coryza peut passer à l'état chronique.

J'ai eu occasion d'observer un écoulement abondant de mucus nasal arrivant tout-à-coup après une affection morale vive, et disparaissant aussi

d'une manière spontanée après une durée de quelques moments ou de quelques heures : je suis porté à croire que cette exhalation est sous l'influence encéphalique, et n'est pas le résultat d'un travail inflammatoire.

La diminution, la perte de l'odorat, reconnaissent, comme les altérations analogues de l'ouïe et de la vue, une multitude de causes organiques qui ont leur siége dans l'organe lui-même, ou dans le nerf ou dans le cerveau : ce que nous avons dit en parlant de l'amaurose s'applique donc au sens des odeurs.

Le coryza qui survient dans la rougeole, la scarlatine, la variole, etc., nous paraît participer de la nature de ces phlegmasies cutanées, et peuvent constituer des espèces distinctes.

Les hémorrhagies les plus fréquentes sont celles qui ont lieu sur la pituitaire ; leur diagnostic a été établi dans la séméiologie : il n'offre en général aucune difficulté.

Inflammation de la bouche.

Les lèvres, les gencives, la membrane buccale, la voûte palatine, la langue, sont exposées, ensemble ou séparément, à diverses maladies. Ces parties peuvent être enflammées, ulcérées, détruites, couvertes de diverses tumeurs, etc. ; elles peuvent être le siége d'hémorrhagies, etc.

Leur inflammation doit principalement nous oc-

cuper ici. L'inflammation de la bouche peut être idiopathique, mais elle est plus souvent spécifique ; c'est ainsi que la scarlatine, la rougeole, la variole, la syphilis, la diphthérite, les aphthes, produisent les inflammations spécifiques de ces parties.

L'inflammation de ces organes est caractérisée par une douleur, une chaleur plus ou moins vives, une rougeur intense, une sécheresse très prononcée dans le début, et une tuméfaction sensible. Les gencives, surtout, sont susceptibles de se tuméfier d'une manière remarquable. Les fonctions dont ces parties sont chargées ne s'exécutent qu'avec difficulté. La mastication, la parole, le contact des corps introduits dans la bouche, surtout lorsqu'ils sont chauds ou sapides, occasionent des douleurs violentes.

Il se forme, dans quelques espèces d'inflammations, des exsudations albumineuses, concrètes, grisâtres, qui se rassemblent en pelotons sur les dents, près les piliers du voile du palais, etc. Ces flocons empâtent la bouche, rendent la voix nasonnée. On aperçoit aussi quelquefois des espèces de plaques rondes grisâtres, opaques, lardacées, qui diffèrent des aphthes, et dont on a aussi fait une espèce particulière d'inflammation, etc. Ces phénomènes locaux et fonctionnels peuvent présenter divers degrés d'intensité ; ils peuvent occasioner des accidents généraux, tels que céphalalgie, soif vive, inappétence, chaleur à la

peau, fréquence du pouls, etc., ou exister à un moindre degré sans déterminer ces phénomènes de réaction. Après une durée variable, tous ces signes perdent de leur violence, et la maladie se termine par résolution ; quelquefois néanmoins il survient des ulcérations, et même des points et des plaques gangréneux : mais une terminaison assez fréquente, et que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, c'est la suppuration de la membrane alvéolaire ; lorsqu'on comprime les gencives sur les dents, il sort au point de contact une certaine quantité d'un pus très fétide. Cette suite de l'inflammation des gencives est très rebelle aux divers moyens thérapeutiques.

Les gencives se boursouflent, et deviennent saignantes dans le scorbut et par l'usage du mercure. Elles peuvent être le siége de diverses tumeurs fongueuses et cancéreuses. La plupart des affections de ce genre appartiennent à la chirurgie.

Nous donnerons d'autres détails en traitant des diverses espèces d'angines.

Aphthes, muguet.

Mais il est une affection dont nous devons nous occuper d'une manière spéciale : ce sont les aphthes. Cette maladie est plus particulière à l'enfance, cependant elle peut affecter l'âge adulte. Plusieurs auteurs ont parlé des aphthes en traitant des maladies de la peau. Le célèbre professeur Pinel les

rangeait avec raison parmi les phlegmasies des membranes muqueuses.

On donne le nom d'aphthes à une éruption qui se présente à son début sous la forme de petites pustules grises, blanches et convexes ou déprimées à leur centre; elles soulèvent bientôt l'épiderme, s'ouvrent et s'ulcèrent plus ou moins profondément; les boutons s'affaissent promptement et sont remplacés par une espèce d'ulcération arrondie, environnée d'une aréole rouge. Quelque profonde que paraisse cette ulcération, il n'en résulte jamais de cicatrices. Les plaques occupées par les pustules restent quelquefois blanches: alors il se manifeste bientôt une nouvelle éruption : il peut ainsi se manifester plusieurs éruptions successives. Les pustules peuvent devenir brunes, ardoisées, noirâtres, ce qui est d'un fâcheux augure; la mort survient fréquemment dans ce dernier cas, lorsque l'éruption attaque des viscères importants. On a quelquefois observé une excrétion albumineuse, aphtheuse, excessivement abondante, qui entraîne souvent la perte des malades, lesquels succombent dans le marasme et l'épuisement. Le développement de ces pustules, leur état, leur maturation, leur décroissement, s'opèrent avec plus ou moins de rapidité. Cette éruption commence ordinairement par la face interne des lèvres, des joues, par les parties latérales inférieures de la langue, quelquefois par le voile du palais et par

la luette. Elle acquiert promptement tout son développement; elle peut se borner à la bouche, mais elle s'étend fréquemment au pharynx, à l'œsophage, dans la plus grande partie du canal alimentaire; elle remonte dans les fosses nasales, ou descend dans le larynx et dans les bronches.

Cette éruption peut être symptomatique, c'est-à-dire survenir, ainsi que les pétéchies et le millet, dans une multitude d'affections différentes dont elle n'est alors qu'un épiphénomène, ou bien être idiopathique, c'est-à-dire former le principal phénomène d'une maladie, constituer une affection essentielle.

Les altérations organiques sont toujours celles que nous venons d'exposer, quel que soit le lieu que l'éruption occupe; mais les signes locaux fonctionnels varient suivant les organes malades. On conçoit en effet que les signes de cette maladie doivent exprimer le trouble de la fonction à laquelle préside l'organe affecté : ainsi, dans la bouche, la succion, la mastication, les mouvements de la langue, seront empêchés; dans le pharynx la déglutition deviendra pénible et douloureuse; des altérations fonctionnelles de l'estomac et de l'intestin décèleront la présence de cette maladie dans ces viscères. Une voix rauque, enrouée, de la gêne dans la respiration, feront reconnaître son existence dans le larynx ou les bronches; une voix nasonnée fera soupçonner

qu'elle est remontée vers les fosses nasales, etc.

Des phénomènes généraux, sympathiques, proportionnés à l'intensité, à l'étendue de la maladie, à l'importance des organes entrepris, se manifesteront: ainsi, l'on pourra observer de l'agitation, de l'insomnie, de l'anxiété précordiale, des hoquets, des vomissements, du dévoiement, de la difficulté à respirer, de la somnolence, de la stupeur, une chaleur violente dans la bouche, une soif ardente, de la fréquence dans le pouls, etc.

Cette éruption diffère du muguet ou blanchet, que nous allons faire connaître, de l'angine couenneuse, pultacée et autres affections dont nous parlerons bientôt avec quelque détail.

Le muguet, d'après M. Denis et quelques autres auteurs, est une phlegmasie des membranes muqueuses avec exsudation albumineuse lenticulaire ou en flocons. Cette maladie commence par un gonflement de l'extrémité et du bord de la langue, ou par une rougeur plus ou moins étendue de cet organe avec développement de ses papilles; une ardeur, une sécheresse insupportables de la bouche, une difficulté plus ou moins grande d'exercer les organes renfermés dans cette cavité; succion, articulation, déglutition, gênées, douloureuses, impossibles. Au bout de deux ou trois jours il se manifeste des petits points semi-transparents, mais qui deviennent bientôt mats ou luisants; ces points se réunissent et forment des plaques blanches,

irrégulières, bosselées, luisanes, adhérentes, plus ou moins étendues. Elles se développent à la partie interne des joues, des lèvres, au voile du palais, enfin sur toutes les parties de la bouche et de l'arrière-bouche, où elles offrent l'aspect d'une substance caséeuse ou crèmeuse ; l'éruption ne dépasse pas le bord des lèvres où l'épiderme s'épaissit. La couleur de cette exsudation, ordinairement laiteuse, peut être jaune, grise, brunâtre, etc.; elle est quelquefois tellement abondante, qu'elle recouvre exactement et sans intervalle tout l'intérieur de la bouche ; d'autres fois, elle est simplement disséminée en plaques circonscrites, irrégulières, en filaments, etc.

Les symptômes généraux de cette éruption sont les mêmes que les précédents, et varient suivant les mêmes circonstances. Les complications lui impriment des différences plus importantes. Cette affection peut se terminer par résolution, par l'état chronique, ou par la mort. Celle-ci arrive ordinairement lorsque le muguet naît à la fin d'une maladie grave.

Après la mort on peut trouver l'exsudation dont nous avons parlé dans tout le canal alimentaire et dans les voies aériennes. On avait pensé, et M. Denis avait écrit, que le colon était exempt de cette espèce d'éruption ; mais cet auteur a eu occasion depuis d'en voir quelques exemples. Cette exsudation a lieu immédiatement sous l'épithélium, ce qui est prouvé par le poli, le brillant de la cou-

che albumineuse, et surtout par son adhérence; cette adhérence n'existe plus lorsque l'épiderme a été déchiré, ou dans les lieux où il est extrêmement fin et où son existence est même douteuse. Cette phlegmasie offre beaucoup d'analogie avec la diphthérite.

Glossite.

La glossite, ou inflammation de la langue, peut être légère ou violente : elle peut être idiopathique ; mais elle est plus souvent l'effet d'une cause spécifique.

Après les signes précurseurs ordinaires, ou sans aucun de ces signes, la langue devient douloureuse, chaude, rouge et se tuméfie. Lorsque le malade veut la mouvoir, les efforts qu'il fait sont pénibles, douloureux. Les signes locaux, faibles le premier jour, bornés à un point de l'organe, s'étendent et augmentent d'intensité ; la douleur devient très vive, lancinante, brûlante ; le moindre contact d'un corps un peu consistant est insupportable ; les mouvements sont impossibles ; la déglutition, la voix, l'articulation des mots, et surtout la succion, sont impossibles; la rougeur devient plus vive, plus vermeille; mais l'accident le plus remarquable et le plus dangereux, c'est l'augmentation énorme et rapide du volume de l'organe : il est porté au point que la suffocation devient quelquefois imminente; l'introduction de l'air est totale-

ment empêchée par le gonflement de la base de la langue, qui abaisse l'épiglotte et ferme le larynx.

La langue sort quelquefois de la bouche, et pend sur la lèvre inférieure : elle est recouverte d'un enduit épais, adhérent, muqueux ; il s'écoule de la bouche une salivation visqueuse, abondante. Les phénomènes généraux qui accompagnent toutes les phlegmasies se joignent à ces phénomènes locaux, et sont ordinairement proportionnés à la violence de l'inflammation locale. Telle est la glossite idiopathique : mais cette maladie est bien plus ordinairement un effet de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, et principalement de l'éruption aphtheuse, etc.

La glossite est ordinairement d'une courte durée ; elle atteint rapidement son plus haut degré d'intensité, et se termine promptement la plupart du temps par résolution, rarement par suppuration, plus fréquemment par la gangrène et par la mort.

Il est rare que cette phlegmasie passe à l'état chronique ; mais le cancer de la langue peut survenir à la suite de cette maladie.

Cancer de la langue.

Cette affection a été rarement observée : elle occupe ordinairement la pointe de l'organe et quelquefois ses bords. Lorsqu'il n'a pas existé d'inflammation préalable, la tuméfaction et l'induration

de la langue sont les premiers phénomènes que l'on observe. Des élancements, rares d'abord, plus fréquents à mesure que la maladie fait des progrès, se font sentir et servent à faire reconnaître la nature de cette affection. Les mouvements de la langue sont pénibles et douloureux ; la mastication, la déglutition, la succion, enfin tous les actes de cet organe, deviennent de jour en jour plus difficiles; une salive d'une fétidité repoussante s'écoule de la bouche des malades ; leur haleine est infecte, insupportable. Cette affreuse maladie marche d'abord avec lenteur ; mais si elle n'est pas combattue à temps par le seul moyen capable de l'arrêter, par l'ablation, elle envahit toute la langue, les parties environnantes, et conduit le malade au tombeau plus ou moins rapidement, mais toujours trop tard pour lui, puisque ce n'est qu'à travers les angoisses les plus inexprimables, les souffrances les plus horribles.

Les phénomènes généraux de l'affection cancéreuse se déclarent dans la dernière période : des hémorrhagies qu'on ne peut arrêter épuisent le malade, qui tombe dans un profond découragement et dans le marasme.

On peut confondre des ulcères syphilitiques avec le cancer de la langue. L'aspect particulier des ulcères syphilitiques et celui du cancer, le genre de douleur, l'effet des mercuriaux, la marche rétrograde des ulcères vénériens, la circonstance com-

mémorative d'une infection syphilitique, empêcheront de commettre cette erreur.

J'ai observé des tumeurs érectiles sur la langue : elles m'ont toujours paru stationnaires et sans inconvénients. Sans doute cet organe est exposé à la plupart des altérations morbides que nous avons décrites dans nos généralités, mais elles n'ont point encore été observées.

Diagnostic des maladies de l'appareil locomoteur.

Parmi les maladies de cet appareil, la médecine ne réclame que le rhumatisme, la goutte, les névralgies, et les névrites que nous placerons ici à cause de leur ressemblance avec les trois premières.

Quant à l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la danse de Saint-Weith, le tétanos, etc., nous en renverrons le diagnostic au chapitre des maladies dont le siége n'est que probable.

Goutte.

Sans entrer dans les discussions des auteurs sur la nature de la goutte et sur sa cause prochaine, sans répéter ici toutes les théories enfantées par un dégoûtant humorisme, bornons-nous à dire que cette affection reconnaît bien positivement une cause particulière. En effet, comment expliquer, sans cette cause, la facilité avec laquelle cette maladie affecte les diverses articulations,

comment elle passe de l'une à l'autre sans intéresser les tissus intermédiaires? comment expliquer la formation de ces calculs tophacés qui se développent dans ces mêmes articulations? etc. On a répondu à ces questions en disant que la goutte passait avec facilité d'une articulation à une autre, parceque les tissus étant identiques, ils avaient une tendance à s'enflammer simultanément ou successivement; que les concrétions et autres phénomènes caractéristiques de la goutte étaient dus à la structure des parties, des articulations, etc. Mais il est une réplique péremptoire à toutes ces raisons spécieuses: pourquoi, s'il en est ainsi, une inflammation articulaire occasionée par un coup, par une chute, ne produit-elle pas l'inflammation simultanée ou successive des autres articulations? pourquoi ne produit-elle pas les calculs d'acide urique ou autres? enfin, pourquoi un individu qui a une entorse, qui a reçu un coup sur une articulation, n'a-t-il pas la goutte? c'est que sans doute il existe autre chose que l'inflammation, une disposition particulière, qui vraisemblablement siège dans les fluides de l'organisme. La justice nous oblige de dire que cette réponse est due à M. Foville, que nous avons souvent cité, jeune médecin plein de mérite, aujourd'hui chargé de l'hôpital des aliénés à Rouen.

La goutte est une inflammation particulière des petites articulations d'abord, et des autres quel-

quefois plus tard. Ses caractères sont la douleur, la rougeur, le gonflement, la chaleur des petites articulations, principalement du gros orteil; revenant par accès, par attaques, pouvant s'étendre aux autres articulations, produisant fréquemment des concrétions tophacées dans les articles, souvent l'érosion de surfaces articulaires, une espèce de suppuration, quelquefois l'hémorrhagie de ces parties, etc., enfin la plupart des lésions qui sont la suite des inflammations; donnant naissance à des phénomènes généraux, parmi lesquels les troubles des organes digestifs tiennent le premier rang.

Dans son état de simplicité, de régularité, d'acuité, la goutte est souvent annoncée par les phénomènes précurseurs des autres phlegmasies; l'abattement, la tristesse sont surtout remarquables; quelquefois cependant plus de force, plus d'énergie, plus d'alacrité, précèdent son invasion. Le plus souvent, vers l'équinoxe du printemps, au milieu de la nuit, l'individu que la goutte va frapper s'éveille en proie à une douleur vive, qui a son siége au gros orteil dans les cas les plus ordinaires, rarement au talon, à la malléole ou dans quelque autre articulation du pied. Cette douleur est semblable à une crampe ou à la sensation d'eau tiède versée sur la partie malade, ou plutôt elle varie chez tous les sujets; elle devient bientôt violente, intolérable, âcre, pulsative, lancinante; le malade éprouve un tiraillement, une dislocation,

un tenaillement, une torsion, etc., difficiles à peindre. Cette douleur est si vive, que le poids le plus léger, le moindre mouvement l'exaspèrent et la rendent insupportable, et cependant elle oblige à changer à chaque instant de position. Un frisson, suivi de chaleur, accompagne souvent les accès; le matin, lorsque l'attaque est sur le point de se terminer, une sueur se manifeste, et précède le soulagement; le malade s'endort, et à son réveil il aperçoit de la rougeur, du gonflement dans la partie qui a été le siége de la douleur. Le soir, les accidents reparaissent avec une nouvelle intensité, qui augmente pendant quelques jours, et décroît ensuite graduellement. Parmi les phénomènes locaux, le gonflement est celui qui persiste le plus long-temps.

On conçoit bien qu'une atteinte si vive ne peut avoir lieu sans réaction; aussi observe-t-on tous les symptômes généraux des maladies inflammatoires; chaleur de tout le corps, mais surtout du membre affecté, rougeur de la peau, soif vive, fréquence du pouls, etc.

Il est rare qu'une seule articulation soit prise, et si cela arrive quelquefois dans la première attaque, dans celles qui succèdent, d'autres articulations se prennent simultanément ou successivement; mais les phénomènes vont en décroissant depuis l'articulation primitivement douloureuse jusqu'à la dernière attaquée.

L'attaque de goutte se termine ordinairement par résolution ; une espèce de desquamation s'observe quelquefois sur la région qui a été occupée par la rougeur. Toutes les fonctions reprennent leur activité première, souvent même le malade semble jouir d'une santé plus parfaite.

Au bout d'un temps plus ou moins long, une attaque semblable à la première se reproduit ; plus tard ces attaques se rapprochent, et ne laissent que des intervalles fort courts, entre lesquels la santé n'est même pas parfaite ; elles laissent surtout de la gêne, de la raideur dans les articulations, du gonflement dans les parties, qui sont parcourues par des veines dilatées.

On a distingué plusieurs espèces et plusieurs variétés de gouttes : la goutte simple, régulière, aiguë, que nous venons de décrire ; la goutte chronique, fixe ou mobile ; la goutte atonique ; la goutte remontée, mal placée, vague, incomplète, chaude, froide, etc. Distinctions scolastiques fort peu utiles pour la plupart.

La diminution des phénomènes locaux et généraux, leur rapprochement au point de paraître continus, et simplement séparés par des exacerbations peu intenses ; des nodus dans les articulations, quelques mouvements spasmodiques, le trouble des fonctions digestives, quelquefois la voracité de l'appétit, l'abattement moral, une faiblesse générale, l'absence de mouvements fé-

briles, sont les principaux caractères de la goutte *chronique*, *atonique*. Dans cette espèce de goutte, les articulations demeurent volumineuses, irrégulières, rugueuses; elles sont parsemées de nodosités, et surtout elles sont déviées en tous sens, de sorte que les doigts affectent les formes les plus bizarres; il existe de véritables luxations, les deux surfaces articulaires ne se correspondent plus; ces luxations ont lieu en avant, en arrière, sur les côtés, et cela sans ordre, sans symétrie; de véritables ankyloses finissent par souder la plupart de ces articulations.

Lorsque cette espèce de goutte s'annonce par des phénomènes précurseurs assez marqués, que des douleurs sans gonflement, et les autres signes locaux disparaissent avec facilité pour se porter sur d'autres articulations, on dit que la goutte est *vague*.

Nous ne croyons pas qu'il soit bien philosophique d'admettre une goutte *mal placée*; nous pensons, ainsi que notre estimable confrère M. Ferrus, qu'on a donné ce nom à la plupart des maladies chroniques qui surviennent chez les goutteux.

Nous croyons tout aussi peu important d'admettre une goutte *incomplète*, caractérisée par le gonflement sans douleur; et tout aussi superflu, pour ne pas dire ridicule, de reconnaître une goutte chaude ou froide.

Mais nous devons nous arrêter un instant sur la rétrocession de la goutte, sujet sur lequel nous aurons d'ailleurs occasion de revenir.

Un individu éprouve tous les accidents de la goutte, tout-à-coup ces accidents disparaissent, il est pris d'une phlegmasie de quelque viscère intérieur ; on dit alors que la goutte est remontée, qu'il y a eu rétrocession de la goutte. Le vice arthritique s'est-il véritablement déplacé, s'est-il porté sur l'organe nouvellement affecté ? ou bien n'est-ce là que l'effet d'une simple révulsion ordinaire ?

Lorsqu'un arthritique est atteint d'une phlegmasie viscérale, on a vu souvent cette phlegmasie disparaître par l'apparition d'une attaque de goutte; y a-t-il là autre chose qu'une simple révulsion ?

Il faut avouer qu'il est impossible de prouver matériellement que le vice arthritique joue un rôle actif dans la production de ces phénomènes remarquables. Une irritation se manifeste sur un point, la nature abandonne le travail qu'elle opérait sur un autre, et semble concentrer ses forces sur le dernier point affecté ; rien ne démontre qu'il y ait là présence d'un principe particulier. Nous devons cependant dire qu'ayant eu à traiter des personnes goutteuses, chez lesquelles il s'est manifesté des phlegmasies viscérales accidentelles, ces phlegmasies, traitées énergiquement par tous les moyens convenables, offraient un caractère particulier d'opiniâtreté, de persévérance, et ce n'était

que lorsque nous étions parvenu, par des révulsifs, à rappeler la fluxion arthritique vers son siége habituel que les accidents phlegmasiques disparaissaient. On tirera de ceci telle conclusion que l'on voudra ; toujours est-il qu'on doit en inférer que les seules indications ne sont pas de combattre la phlegmasie, mais qu'il faut porter son attention sur la disposition antécédente, d'où découleront les moyens de traitement les plus efficaces. C'est lorsqu'elles conduisent à des conséquences aussi utiles que les discussions sont permises et même nécessaires.

Lésions organiques. Toutes les parties constituantes des articulations sont altérées plus ou moins profondément. Voici les lésions que j'ai rencontrées le plus fréquemment : La synovie était quelquefois très abondante et conservait tous ses caractères physiologiques. D'autres fois elle était trouble et contenait des flocons opaques, pour ainsi dire albumineux ; elle avait souvent l'apparence d'un pus de mauvaise nature ; je l'ai vue rosée, sanguinolente, et même mêlée à des caillots de sang, conjointement avec mon collègue M. Ferrus. Dans certains cas les surfaces articulaires sont sèches, il y a beaucoup moins de synovie que dans l'état naturel. Alors la membrane synoviale est rouge, injectée, elle a perdu son poli, sa transparence, et le cartilage lui-même participe à cette altération. Il est très commun de voir le cartilage

détruit, comme ulcéré, rongé, c'est la lésion la plus fréquente; c'est même cette destruction du cartilage qui paraît changer la direction des phalanges, et qui, à la longue, détermine de véritables luxations. J'ai souvent trouvé les surfaces articulaires soudées les unes avec les autres. On rencontre aussi autour de l'articulation, sous les ligaments, des concrétions irrégulières, gypseuses, crétacées ou dures ; ces concrétions sont plus rares que ne pourraient le faire croire les inégalités qu'on sent pendant la vie sur les parties malades, inégalités produites la plupart du temps par les angles saillants des extrémités articulaires altérées par la maladie. A mesure qu'on avance vers la circonférence les parties sont moins malades ; on voit peu de concrétions en dehors des tissus fibreux, qui sont eux-mêmes peu susceptibles de désorganisation. Les concrétions dont nous venons de parler sont en général formées d'acide urique, soit libre, soit uni à la chaux et à la potasse.

Les nodosités peuvent occuper les tendons et leurs parties environnantes, mais cette altération est assez rare. Les os voisins des lieux malades participent à la maladie; ils sont mous ou friables: enfin les muscles sont fréquemment dans un état de contracture et d'atrophie, etc.

Il est une maladie qui présente avec celle que nous venons de décrire des points de contact nombreux et qui rendent le diagnostic de l'une

et de l'autre difficile ; nous exposerons notre opinion sur ces deux affections quand nous aurons tracé les caractères du rhumatisme.

Rhumatisme.

L'histoire du rhumatisme est encore un point obscur dans la science malgré les recherches de quelques modernes. La nature de cette affection, son anatomie pathologique, sont encore couvertes d'un nuage épais, quoique M. Chomel, avec la supériorité de talent et de raison qu'on lui connaît, ait fait des efforts pour les éclairer. Le rhumatisme est-il une inflammation? cette inflammation est-elle simple? Y a-t-il un vice rhumatismal? Dans quels organes réside cette inflammation? Laisse-t-elle après elle des traces sensibles? quelles sont ces traces? Nous n'ignorons pas que beaucoup de personnes sont disposées à répondre à toutes ces questions, et à les trancher selon leur habitude; mais ce ne sont pas des affirmations ou des dénégations que nous voulons, ce sont des faits. C'est la nature qu'il faut interroger.

Une douleur plus ou moins vive des muscles et peut-être des tendons, des aponévroses, etc., augmentant par la pression et surtout par les mouvements, se déplaçant avec la plus grande facilité, affectant des retours périodiques, a reçu le nom de rhumatisme.

Le rhumatisme est plus ou moins intense, il

est aigu ou chronique, et dans ces divers états présente des phénomènes différents ; il varie aussi, principalement pour les altérations fonctionnelles, suivant le siége qu'il occupe.

Phénomènes morbides locaux. Lorsque le rhumatisme est aigu et violent, il s'annonce en général par les prodromes des inflammations; d'autres fois il arrive tout-à-coup sans signes précurseurs, et atteint un haut degré d'intensité. Une douleur vive, poignante, déchirante, se déclare le plus ordinairement sur les muscles d'un ou de plusieurs membres. Cette douleur, qui présente un caractère variable, augmente par la pression, par l'impression du froid, mais principalement par les mouvements qui nécessitent l'action des muscles affectés ; elle est quelquefois portée à un si haut degré de violence que tout mouvement est impossible. Le membre malade se tuméfie, devient légèrement rouge, et chaud.

Les douleurs ont leur siége dans les muscles, dans le trajet des membres, et *non dans les articulations;* elle est fixe dans la variété que nous décrivons, elle est mobile lorsque le rhumatisme est léger et chronique.

Phénomènes morbides généraux, sympathiques. A ce degré, la face est rouge, colorée, les yeux brillants ; la peau est chaude, sèche ou moite ; le pouls fort, fréquent, développé ; la soif vive, la langue blanche, quelquefois rouge sur ses bords. Il existe

rarement des nausées, des vomissements, etc., l'urine est rouge et peu abondante; enfin l'on observe tous les phénomènes de l'inflammation hypersthénique; l'ensemble des phénomènes cérébraux peut même accompagner cette affection.

A un moindre degré, la douleur seule existe, et même à un degré médiocre et supportable. Il n'y a ni rougeur, ni gonflement des parties malades, et moins encore des phénomènes de réaction.

Le rhumatisme peut affecter la marche aiguë ou la marche chronique : dans le premier cas, s'il est violent, il peut durer jusqu'au trentième jour; s'il est léger, le repos, la chaleur, un traitement convenable, le dissipent dès le premier septénaire. Cette affection a cela de remarquable, que, même à l'état chronique, elle peut être très violente; ce sont alors les accidents que nous avons décrits qui se prolongent indéfiniment.

Les douleurs rhumatismales se reproduisent ordinairement après un laps de temps plus ou moins long, et plus ou moins fixe et déterminé.

Il est rare que cette maladie cause la mort : j'ai cependant vu mourir des individus affectés de rhumatisme chronique intense; ils succombaient dans un véritable marasme, épuisés par les douleurs. Ses terminaisons ordinaires sont la résolution et la délitescence.

Phénomènes organiques. Ce qui jette le plus de doute sur la nature de la maladie qui nous occupe,

c'est le résultat des ouvertures de corps. En effet ce précieux moyen d'instruction ne nous apprend rien à ce sujet, ou plutôt il ne nous fournit que des faits négatifs. On croit avoir trouvé du pus infiltré dans les fibres musculaires ; mais il n'est pas certain que ce pus ait été produit par l'inflammation de la fibre elle-même, mais bien par le tissu cellulaire qui l'enveloppe ; et il n'est pas certain non plus que ces individus aient été rhumatisants. On n'a jamais vu le rhumatisme se terminer par gangrène. Enfin on croit avoir rencontré de la rougeur vive, de l'injection dans les muscles, dans des cas où on ne pouvait soupçonner d'autre cause que l'inflammation, mais on n'a pas la certitude que ces individus aient été affectés de rhumatismes pendant leur vie. Dans les rhumatismes chroniques les muscles malades sont simplement plus bruns que dans l'état normal. D'après cela, il nous semble qu'il est prématuré de se prononcer sur la nature inflammatoire du rhumatisme. Nous devons dire cependant que nous penchons beaucoup à reconnaître cette nature inflammatoire du rhumatisme : 1° parceque l'inflammation des muscles est entièrement inconnue, et n'est décrite nulle part dans les anciens auteurs qui ont parlé du rhumatisme ; ce qui fait une lacune singulière, et doit porter à penser que cette inflammation n'est autre que le rhumatisme ; 2° que le tissu des muscles étant éminemment vasculaire et irritable, il ne

saurait être exempt d'inflammation ; 3° que la terminaison étant en général heureuse, ce qu'on doit attribuer à l'importance secondaire des organes affectés, il est rare d'avoir l'occasion d'explorer les traces que cette maladie laisse après elle, et ce qui explique l'ignorance où nous sommes encore aujourd'hui à ce sujet ; 4° enfin, que les phénomènes fonctionnels, quoique insuffisants pour établir la nature de la maladie, sont cependant bien ceux des phlegmasies, et doivent rendre *probable* la nature inflammatoire du rhumatisme.

Maintenant cette inflammation est-elle simple, ou bien est-elle produite par un vice particulier ? Nous ne voyons ici aucun phénomène spécifique qui nous porte à admettre un caractère particulier à cette phlegmasie des muscles ; nous croyons que sa nature est simple, et que son siége seul lui donne les caractères qu'elle présente.

Ceci nous conduit naturellement à comparer la goutte et le rhumatisme. Quoique ces deux affections puissent exister simultanément, nous ne croyons pas qu'elles soient identiques. Le rhumatisme qu'on a appelé articulaire, n'est autre chose que la goutte, et ne mérite pas d'en être distingué ; il offre les mêmes signes fonctionnels, et les mêmes traces après la mort : les différences que quelques auteurs se sont efforcés d'y apporter sont de nulle valeur. Quant au rhumatisme musculaire, nous pensons qu'on ne saurait le confondre

avec la goutte; son siége dans le trajet des membres, l'absence de lésions organiques, enfin les caractères que nous venons de lui attribuer, le font essentiellement différer de l'arthritis spontanée.

Des maladies des nerfs.

La médecine organique ayant attiré les regards des jeunes médecins sur les altérations de tous les organes, d'où les avait momentanément détourné la médecine physiologique, chaque organe est devenu tour à tour l'objet d'une investigation spéciale. MM. Dugès et Martinet ont porté leur attention sur l'inflammation des nerfs; le premier chez les femmes en couches, le second d'une manière générale. Mais ces médecins ne sont pas les premiers qui se soient occupés de l'inflammation des nerfs. Reil a parlé de cette maladie, qu'il a observée chez un individu affecté de typhus. Le docteur Gallereux a cité le fait d'un individu chez lequel le nerf optique a été trouvé en suppuration; et les faits de ce genre ne sont pas rares chez les auteurs.

M. Descot a choisi pour matière de sa dissertation inaugurale les altérations locales des nerfs : aidé par les conseils et la coopération du professeur Béclard, il a traité son sujet aussi complètement que le permettait l'état de la science. Il a parlé avec détail de toutes les maladies des nerfs,

tant chirurgicales que médicales, et ces maladies sont en grand nombre. On trouve dans sa thèse la description des piqûres, des blessures, des divisions, des contusions, des compressions, des commotions des nerfs, des corps étrangers introduits dans leur tissu, de leur ligature, de leur cautérisation, de leur inflammation, de leurs tumeurs ou névrômes, la plus fréquente de leurs altérations, etc.

Nous ne devons nous occuper ici que de l'inflammation des nerfs et des névralgies.

De la névrite.

Une douleur violente, qui se manifeste sur le trajet d'un nerf, douleur qui augmente par le plus léger mouvement et par la pression, dont le caractère est déchirant, et d'ailleurs variable chez les divers individus, mais toujours intolérable, accompagnée d'un sentiment d'ardeur, de chaleur brûlante dans le trajet du nerf malade; douleur produisant quelquefois de la chaleur dans le membre lui-même, qui se tuméfie légèrement, et rougit principalement sur le trajet du nerf affecté; douleur continue, arrivant graduellement à son plus haut degré de développement, précédée du prodrome ordinaire des phlegmasies, accompagnée des phénomènes généraux de réaction et sympathiques que l'on observe dans les inflammations, tels sont les signes fonctionnels qui caractérisent la névrite.

La névrite peut se terminer par résolution ; mais aussi lorsqu'elle est intense, les organes intérieurs s'altèrent, leurs fonctions se dérangent, la nutrition cesse de s'opérer ; l'atrophie du membre malade se déclare ; le marasme s'empare du malade, qui peut succomber au milieu d'affreuses douleurs. Lorsque cette maladie passe à l'état chronique, elle présente la plus grande ressemblance avec la névralgie, avec laquelle on a dû la confondre fréquemment.

Ces signes varient suivant le nerf malade. On conçoit que les phénomènes locaux ne doivent pas être exactement les mêmes, suivant que le nerf porte l'action et la vie dans tel organe ou dans tel autre ; nous allons entrer dans quelques détails à cet égard en parlant des névralgies.

Altérations organiques. Ce qu'il y a de plus remarquable dans la névrite, ce sont les lésions anatomiques que l'on rencontre dans les nerfs. On a trouvé, selon les époques de la maladie, une rougeur plus ou moins vive du tissu des nerfs ; du névrilemme et du tissu cellulaire ambiant ; un gonflement uniforme ou inégal et comme ganglionnaire des nerfs ; des ecchymoses, des infiltrations sanglantes, séreuses, ou séreuses et sanguinolentes ; du pus concret ou un liquide séroso-purulent entre les filets des nerfs ; enfin on affirme les avoir trouvés gangrenés.

Dans l'observation citée par Reil, le tissu des

nerfs était rouge, le névrilemme ayant été détruit, la pulpe du nerf fut trouvée jaune, pénétrée de sang; et à la suite d'une céphalalgie violente, qui durait depuis six mois, le malade ayant perdu l'usage d'un œil, M. le docteur Gallereux, après avoir incisé la gaîne du nerf optique, trouva ce nerf réduit en suppuration dans la moitié de son étendue, et réduit à une matière liquide d'un blanc sale. Ce sont bien certainement là des exemples de névrites. Cette maladie est surtout fréquente dans les inflammations des organes que les nerfs parcourent; il est rare qu'ils restent alors complètement étrangers au travail inflammatoire, d'autant plus que ce travail ne peut avoir lieu sans la coopération des nerfs eux-mêmes.

Névralgie.

Bien que les altérations organiques qui donnent naissance à la névralgie ne soient pas parfaitement connues, nous croyons cependant devoir en parler ici, d'abord parceque cette maladie a été confondue par quelques auteurs avec la névrite, par les anciens sans le savoir, et par quelques modernes avec connaissance de cause; en second lieu parcequ'elle offre avec elle et avec le rhumatisme des points nombreux de ressemblance.

La névralgie est une véritable *névropathie*, une douleur nerveuse, et nous savons que ces maladies sont entrées, dans ces derniers temps, dans la clas-

sification de la nouvelle doctrine. On y a reconnu que toutes les douleurs n'étaient pas inflammatoires ; eh bien, nous croyons que les névralgies sont de cette nature. Ce qui nous le fait penser, c'est que ces maladies ne présentent aucun des symptômes qui caractérisent l'inflammation, ainsi qu'on va le voir ; qu'elles arrivent, par exemple, tout-à-coup à leur plus haut degré d'intensité, sans signes précurseurs, qu'elles cessent souvent de la même manière, et qu'aux ouvertures de corps on ne rencontre aucune altération qui puisse constater l'existence d'une phlogose. Elles diffèrent sous tous ces rapports de la névrite, qui arrive graduellement, qui est annoncée par des signes précurseurs, accompagnée de phénomènes de réaction, et qui laisse après elle des traces manifestes d'un travail inflammatoire.

Les seules raisons probables que l'on peut alléguer en faveur de la nature phlegmasique des névralgies, c'est que depuis long-temps on a observé cette maladie, et que jusque dans ces derniers temps on n'avait nullement parlé de l'inflammation des nerfs. Ainsi que nous l'avons dit relativement au rhumatisme, ceci pourrait bien faire présumer que cette affection n'est autre chose que la névrite ; car il n'est nullement vraisemblable que le tissu des nerfs ne soit pas susceptible de s'enflammer, comme on l'a avancé récemment dans un ouvrage polémique. On peut répondre

aussi que si la névralgie n'offre pas de signes inflammatoires, c'est que la névrite est alors chronique. Ces raisons, que par amour de la vérité nous exposons dans toute leur force, ne nous paraissent cependant pas suffisantes pour nous faire admettre que les névralgies sont des névrites chroniques. Ces probabilités sont trop légères. Certes les symptômes pourraient bien n'être pas exactement ceux d'une phlegmasie, mais au moins on trouverait, ainsi qu'il arrive pour les autres phlegmasies chroniques, des altérations organiques plus prononcées que dans la névrite aiguë; et c'est justement l'inverse qui a lieu, c'est-à-dire qu'on ne trouve rien.

Que si la névrite offre pour ressemblance d'avoir le même siége que la névralgie, ce n'est pas une raison suffisante pour qu'elle soit la même chose que la névralgie, puisqu'il est nécessaire qu'elle occupe le même organe. Enfin, lorsque dans les névralgies on a trouvé des altérations organiques, ces névralgies étaient bien véritablement des névrites.

La douleur qui caractérise la névralgie offre la plus grande *variabilité*, c'est-à-dire qu'elle fait éprouver la sensation d'un froid glacial ou d'une chaleur vive, un tiraillement insupportable, un engourdissement pénible, une espèce de commotion électrique, qui se répand avec une étonnante rapidité, non seulement dans le nerf malade, mais même dans tout l'organisme; des fourmillements

incommodes, des déchirements passagers mais intolérables, des élancements rapides, et portés jusqu'au point d'arracher des cris. Cette douleur ou plutôt ces espèces de douleur se font sentir sur le trajet d'un nerf; elles se répandent dans toutes ses ramifications, ou sont bornées à quelques filets; elles se propagent le plus ordinairement du tronc aux branches qui en partent, et quelquefois suivent une marche inverse. Ces douleurs ne sont pas toujours au même degré de violence; elles offrent des intervalles de rémission; elles semblent se calmer par la pression, tandis que l'opposé a lieu pour la névrite. Elles se déclarent subitement sans signes précurseurs, et atteignent tout-à-coup leur plus haut degré de développement. On remarque assez souvent de l'agitation, des spasmes, des mouvements involontaires, des contractions dans les muscles auxquels le nerf malade se distribue. On n'observe ni rougeur, ni tuméfaction, ni chaleur dans la partie du membre correspondante au nerf affecté. Cette maladie s'exaspère tantôt par la chaleur, et tantôt par le froid; elle se reproduit par la moindre cause: une impression morale vive, un mouvement brusque, un excès dans les plaisirs de la table ou de Vénus, etc., suffisent pour la renouveler. La névralgie attaque la plupart des nerfs du corps, passe des uns aux autres avec la plus grande facilité. On a remarqué qu'elle se fixait presque constamment sur les nerfs superficiels.

A moins que la douleur ne soit extrême, cette maladie n'est point accompagnée de phénomènes généraux ; mais dans ce cas le cœur et l'estomac sont troublés dans leur exercice, ainsi que les autres fonctions de l'organisme. Si cette douleur se prolonge long-temps, le membre peut diminuer de volume, s'atrophier, rester engourdi, incapable de se mouvoir, contracté ou agité de mouvements involontaires, habituellement endolori, etc.; dans quelques cas plus graves, le malade peut succomber, épuisé par les douleurs et par le marasme.

Le savant Chaussier, à qui l'on doit le premier travail bien fait sur les affections dont nous parlons, a décrit toutes les névralgies connues; mais ces affections ont entre elles la plus grande analogie, et ne diffèrent que par des nuances données par le siége de l'affection. Ainsi il décrit la névralgie *faciale*, sous-divisée en *frontale*, *sous-orbitaire* et *maxillaire*; l'*ilio-scrotale*, la *fémoro-poplitée*, *fémoro-prétibiale*, *plantaire*, *cubito-digitale*, etc.; il admet aussi des névralgies anomales.

On a ajouté depuis un assez grand nombre de névralgies. Celle du nerf optique, de la portion dure de la septième paire, celle des nerfs intercostaux, celle des nerfs lombaires, des nerfs spermatiques, celle du nerf sus-scapulaire, celle du nerf musculo-cutané externe; on sent bien qu'il nous est impossible de donner une description de toutes ces variétés : il suffit de connaître la direction des

nerfs, leurs divisions, et les organes auxquels ils se distribuent, et de leur appliquer les symptômes que nous avons décrits d'une manière générale, en leur faisant subir les modifications nécessitées par le siége de la maladie, pour avoir une idée exacte de chacune de ces névralgies.

TROISIÈME SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DES ORGANES QUI CONCOURENT A LA DIGESTION.

Les maladies de cet appareil sont nombreuses, et pour la plupart très fréquentes. Sous ce double rapport elles réclament notre attention d'une manière toute particulière. Nous allons tracer l'esquisse des affections du canal alimentaire d'abord; en second lieu de celles des organes accessoires de la digestion, tels que le foie, la rate, le pancréas, les reins, la vessie, le péritoine, en un mot de tous les organes renfermés dans l'abdomen.

Pour n'omettre aucune maladie, il faut avoir sans cesse présent à la pensée que les organes sont susceptibles d'altérations diverses; qu'ils peuvent être dans un état d'hypersthénie, d'hyposthénie, d'anémie, de polyæmie, de congestion, de scorbut, d'inflammation simple, spécifique aiguë ou chronique, d'hémorrhagie, de névrose, d'atrophie, d'hypertrophie, de ramollissement, d'en-

durcissement, d'emphysème, d'œdème, de polysarcie, de concrétions gypseuses, plâtrées, calculeuses, osseuses, de cartilage, de tissu fongueux, érectile, corné, fibreux, de tubercules, de granulations, de mélanose, de cancer, d'encéphaloïde, de cirrhose, contenir des vers de plusieurs espèces, sans compter les déplacements qu'ils présentent quelquefois.

Il conviendrait d'examiner successivement chacune de ces altérations tour à tour dans tous les viscères, et d'en exposer les signes caractéristiques; mais beaucoup de ces altérations, ou n'atteignent pas tous les organes, ou les affectent très rarement, ou sont entièrement inconnues dans leurs expressions fonctionnelles. Ainsi nous ne ferons mention que des altérations morbides les plus fréquentes et les mieux connues ; nous passerons sous silence les autres, ou nous signalerons les lacunes que nous rencontrerons, afin d'exciter les médecins laborieux à de nouvelles investigations.

Diagnostic des maladies du canal alimentaire.

Nous allons passer en revue les caractères distinctifs des diverses altérations du canal alimentaire. Nous rapprocherons les unes des autres les phlegmasies aiguës, simples et spécifiques, les maladies chroniques, simples ou spécifiques, telles que la gastrite ou gastro-entérite simple, la fièvre

dite entéro-mésentérique, la dothinentérite de M. Bretonneau ; la gastrite chronique, la gastro-entérite chronique, le cancer de l'estomac et des intestins, etc. Quant aux autres altérations organiques, elles sont très rares et peu connues. Les vers intestinaux, les coliques nerveuses, les coliques des plombiers, nous occuperont ensuite ; en un mot, nous examinerons toutes les affections qu'il importe de différencier.

Angines.

Il est sans doute très important de distinguer les unes des autres les maladies qui présentent des différences qui exigent des modifications dans le traitement ; mais ne s'expose-t-on pas à tomber dans des subtilités superflues et puériles lorsqu'on cherche à établir des divisions sur les apparences les plus légères ? Si tout confondre est dangereux, l'est-il moins de tout séparer ? Dans le sujet qui va nous occuper on a beaucoup multiplié les espèces ; mais si toutes ne sont pas d'une égale importance, on doit avouer que beaucoup offrent une utilité réelle.

Angines simples.

La nature produit peu de maladies parfaitement isolées et circonscrites, et lorsqu'une inflammation commence par un point, elle s'étend ordinairement aux parties voisines. C'est ainsi que l'inflammation du palais se propage au pharynx, et que celle-ci

s'étend fréquemment dans les voies aériennes. Il est par conséquent très difficile de traiter de chacune de ces maladies d'une manière particulière, et nous pouvons ajouter qu'il est peu conforme à la nature de le faire. Ainsi Boerhaave a fait un abus condamnable de l'analyse lorsqu'il a, non seulement distingué les espèces de phlegmasies dont nous parlons, mais lorsqu'il a cherché des différences de siége plus minutieuses encore. Dans un traité de diagnostic surtout, il serait peu raisonnable d'exposer dans des lieux séparés les signes d'affections qui ont entre elles tant de connexions et tant de rapports; aussi allons-nous décrire ici l'inflammation de toutes les parties qui forment l'entrée des voies digestives et des voies aériennes. C'est la réunion de ces inflammations que M. Bretonneau, médecin distingué de Tours, désigne sous le nom de diphthérite, de διφθέρα, membrane, lorsqu'elles sont accompagnées de quelques circonstances particulières que nous ferons connaître.

Dans le plus grand nombre des cas l'inflammation de ces parties est simple; elle survient à la suite d'une multitude de causes excitantes, qui, directement ou indirectement, portent leur action sur ces organes. Dans certaines circonstances, des causes particulières, dont quelques unes sont vraiment spécifiques, déterminent l'inflammation de ces régions en leur imprimant des caractères propres qui se reproduisent constamment sous l'in-

fluence de ces mêmes causes. Ainsi le virus syphilitique, la scarlatine, la rougeole, la variole, et quelques autres dont nous allons parler bientôt, produisent des angines spécifiques.

D'après les principes qui nous dirigent, on doit bien penser que ces maladies doivent avoir entre elles un grand nombre de signes communs : l'altération des fonctions que ces parties sont chargées d'exécuter, et auxquelles elles concourent d'une manière plus ou moins immédiate. Ainsi la déglutition, la voix, la parole, la respiration, doivent être plus ou moins gênées; de plus, des phénomènes locaux, communs à toutes ces altérations, doivent exister aussi. Ainsi de la douleur, de la chaleur, du gonflement, et souvent même la rougeur, doivent se trouver dans toutes ces inflammations; mais ces phénomènes, diversement modifiés, et accompagnés de circonstances particulières, font distinguer les espèces les unes des autres.

Dans l'angine simple, les phénomènes locaux fonctionnels varient suivant le siége qu'occupe l'inflammation. Lorsqu'elle affecte particulièrement les voies digestives, la déglutition est surtout altérée; lorsque les voies aériennes sont affectées, c'est principalement la respiration qui est compromise. Cette distinction doit être conservée relativement au pronostic et au traitement.

Lorsque l'angine a son siége à l'isthme du gosier,

le malade y éprouve une douleur d'abord peu marquée, de la gêne dans la déglutition; la voix est altérée, nasonnée; une chaleur vive, accompagnée de sécheresse, s'y fait sentir; en examinant ces parties on voit qu'elles sont rouges, luisantes, et quelquefois tuméfiées; la rougeur est surtout sensible au voile du palais, à ses piliers, à la luette; ce dernier organe se gonfle plus facilement que les autres parties, tombe sur la base de la langue, produit la sensation désagréable d'un corps étranger toujours présent, une titillation pénible, et excite des mouvements de déglutition fatigants, et parfois provoque des nausées. Lorsque ces symptômes sont prononcés, les boissons remontent souvent par les narines. A la sécheresse des membranes succède bientôt une exhalation abondante d'un mucus filant, diaphane, adhérant aux parties, s'en détachant avec difficulté; plus tard cette matière exhalée prend de la consistance, devient opaque, grisâtre, jaunâtre, et peut en imposer pour des aphthes, des fausses membranes, des eschares, etc., erreurs qu'il est en général facile d'éviter avec un peu d'attention. Il est vraisemblable que cette inflammation peut se propager jusqu'à la partie postérieure des fosses nasales, puisque dans certains cas, non seulement la voix est nasonnée, mais que la respiration par le nez est tout-à-fait impossible, et que vers la fin des flocons de mucosités endurcis, quelquefois sanguinolents,

sont rejetés par les malades. Cette maladie est en général légère, courte, et se termine par résolution. Elle peut néanmoins se terminer par suppuration; l'abcès se forme alors, ou dans le voile du palais, ou dans la luette. Cette phlegmasie peut passer à l'état chronique, lequel est caractérisé par un degré moindre d'intensité dans tous les accidents et par leur persévérance.

L'angine simple peut être annoncée par des phénomènes précurseurs communs à toutes les phlegmasies, et accompagnée de symptômes généraux proportionnés à sa violence. Cette maladie revient fréquemment, et semble se montrer d'une manière pour ainsi dire périodique.

Lorsqu'elle affecte les amygdales, elle présente quelques particularités : l'inflammation peut attaquer les deux tonsilles, ou simplement l'une des deux. Ce dernier cas est moins grave que l'autre, et produit des symptômes moins alarmants.

Les signes de l'amygdalite sont fort analogues à ceux de la variété précédente, et cela se conçoit aisément, puisque ces organes concourent aux mêmes fonctions. Toutefois la déglutition est plus difficile, plus douloureuse, souvent impossible, et la respiration peut être gênée au point de faire craindre la suffocation, ce qui cependant est rare. Le désir de cracher ou d'avaler tourmente le malade, et donne lieu à des efforts pénibles et doulou-

reux ; la voix est altérée, l'articulation des sons presque impossible. Les amygdales sont gonflées, rouges, volumineuses ; elles repoussent en avant le pilier antérieur du voile du palais, font saillie dans l'isthme du gosier, laissent entre elles un très petit espace, et même peuvent se toucher. Leur apparence extérieure est la même que celle des autres parties enflammées ; leur surface rouge, sèche, luisante, peut se recouvrir d'exsudations albumineuses, sébacées, etc. ; l'inflammation se propage fréquemment dans la trompe d'Eustachi, ce qui occasione des bruissements dans les oreilles et de la surdité, à cause de l'épaississement de la membrane qui tapisse ce conduit, etc. Lorsque l'amygdalite est très douloureuse, le malade ne peut ouvrir la bouche, et l'examen des parties ne peut être fait qu'avec le doigt.

Lorsque cette phlegmasie est violente, elle est accompagnée de phénomènes de réaction très prononcés; il n'est pas rare que les méninges et le cerveau participent à l'inflammation. Sa durée est variable. On peut lui distinguer, comme dans toutes les inflammations et même dans toutes les maladies aiguës, trois périodes, l'une d'accroissement, la seconde d'état, et la troisième de décroissement; la première comprend ordinairement les deux tiers de son cours. Lorsque cette phlegmasie se termine par résolution, les phénomènes diminuent par degrés, et quelquefois d'une manière très rapide. La

suppuration est une terminaison très fréquente de cette maladie : la douleur devient gravative, la fluctuation s'établit, ce qu'on reconnaît à l'aide du doigt, et bientôt, dans un effort de toux ou de crachement, l'abcès se rompt, et il s'écoule en quantité plus ou moins considérable un pus d'une fétidité insupportable. Rarement l'abcès s'ouvre au dehors. L'amygdalite se reproduit fréquemment; elle détermine alors l'augmentation de volume persistante, et souvent l'induration des tonsilles; ce qui exige leur excision, à cause de la gêne habituelle de la déglutition, de la respiration, et de l'altération de la voix qu'elles déterminent. Cette inflammation, ainsi que la précédente, peut passer à l'état chronique.

Si le pharynx est le siége de l'inflammation, la difficulté de la déglutition est moindre ; elle se fait sentir au-dessous de l'isthme du gosier : le bol alimentaire semble s'arrêter dans cet endroit. Les efforts de déglutition, les mouvements du larynx, la distension opérée par le bol alimentaire ou la contraction nécessitée par la déglutition des liquides, la pression exercée sur les côtés du cou, augmentent la douleur. On aperçoit de la rougeur, de la sécheresse, un léger gonflement, enfin les signes locaux que nous avons attribués à l'angine gutturale, sur la paroi postérieure du pharynx. Lorsque l'inflammation a son siége au-dessous de

cette région, les phénomènes locaux se dérobent à nos recherches. Dans cette variété d'angine, la respiration, la voix ne sont nullement altérées, ou le sont très légèrement.

Dans l'angine des voies aériennes, au contraire, la voix et la respiration offrent les premières modifications morbides. Un sentiment pénible de titillation se fait sentir dans le larynx ou la trachée-artère, et force le malade à tousser pour rejeter au dehors un corps qu'il croit arrêté dans le conduit aérien, et qui gêne le passage de l'air. Cette toux est sèche, comme elle doit l'être en effet, puisque dans la première période des inflammations les sécrétions sont généralement suspendues ; la voix est rauque, altérée ; la respiration n'est cependant pas très gênée. La douleur devient plus vive et plus intense ; elle est accompagnée d'une chaleur brûlante ; elle augmente par la pression intérieure ou extérieure ; la voix est très altérée et souvent presque éteinte lorsque le larynx est le siége de l'inflammation ; cette altération est moins prononcée lorsqu'elle occupe la trachée. L'introduction de l'air est pénible, la suffocation est imminente ; alors le malade fait de vains efforts pour respirer ; les actes respiratoires se succèdent avec rapidité, les côtes s'élèvent ainsi que les épaules ; la face devient rouge, vultueuse, violette, les veines temporales s'engorgent, l'air produit un bruit, un sif-

flement fâcheux, lorsqu'il franchit la glotte. La toux est rauque, souvent aiguë et sifflante; au bout de quelque temps elle cesse d'être sèche, et l'expectoration rejette au dehors des matières d'abord glaireuses, filantes, écumeuses, transparentes, plus tard opaques, blanches, verdâtres; enfin, dans une période encore plus avancée, ces matières reprennent de la transparence, et bientôt toutes leurs qualités physiologiques. La déglutition est libre, et l'inspection de la gorge ne laisse apercevoir aucune rougeur, aucun gonflement.

La marche de cette maladie est continue; sa durée est variable et proportionnée à son intensité; la terminaison la plus ordinaire est la résolution; quelquefois cependant la suppuration a lieu, ce qu'il est difficile de reconnaître dans le vivant. Lorsque la maladie est intense, elle peut occasioner la mort par suffocation.

Cette phlegmasie lorsqu'elle est légère survient sans signes précurseurs; à un degré plus intense, elle peut être précédée du prodrome ordinaire aux phlegmasies; elle est accompagnée de phénomènes généraux proportionnés à son intensité.

Altérations organiques. On trouve après la mort des malades, dans l'angine simple des voies aériennes, la membrane qui les tapisse rouge, boursouflée, diminuant et obstruant d'une manière presque complète l'ouverture de la glotte; cette membrane est souvent recouverte d'une véritable

suppuration; dans quelques circonstances le pus est réuni en petits abcès entre les cartilages et la membrane muqueuse; ces abcès s'ouvrent dans l'intérieur de la trachée, et les cartilages se trouvent dénudés; leur tissu paraît quelquefois altéré, ce qui semble tenir alors à une disposition particulière. On rencontre aussi des eschares gangréneuses, petites, circonscrites, grisâtres, occupant toute l'épaisseur de la membrane trachéale.

Nous nous sommes abstenu à dessein, dans la description précédente, de faire mention de la terminaison de l'angine par gangrène, de l'œdème de la glotte, et des productions pseudo-membraneuses, etc., parceque ces sujets méritent d'être traités à part avec quelques détails.

L'inflammation simple peut attaquer simultanément la bouche, le voile du palais, les amygdales, le pharynx, le larynx et la trachée-artère. Si l'une de ces maladies est déjà grave par elle-même, à plus forte raison leur réunion sera-t-elle dangereuse. La complication dont nous parlons est loin d'être rare, et le diagnostic n'en est pas difficile. Il suffit de réunir par la pensée les expressions fonctionnelles morbides que nous avons attribuées aux variétés précédentes pour avoir un tableau exact de cette phlegmasie. Les symptômes de congestion cérébrale, les accidents de suffocation, les phéno-

mènes généraux de réaction, sont ordinairement portés à un plus haut degré de violence.

Angine diphthérique, faussement appelée gangréneuse.

M. Bretonneau appelle de ce nom une espèce d'angine qui donne lieu à la production d'une fausse membrane. D'après ses recherches, l'angine gangréneuse des anciens n'est autre chose que l'angine commune, et ce qu'ils prenaient pour des eschares gangréneuses n'est qu'une fausse membrane plus ou moins adhérente aux parties sous-jacentes, mais qui n'altère nullement leur tissu. Les membranes muqueuses qu'elles recouvrent sont seulement plus rouges, plus vermeilles, après la chute de ces productions albumineuses ; mais leur texture est saine. D'après ces considérations, ce médecin est conduit à reconnaître que cette angine est la même que l'angine gangréneuse de Marteau de Granvilliers et d'autres auteurs. Il est conduit à reconnaître aussi que la maladie découverte par François Home n'est que la même affection, et que le seul nom de *croup* qu'il lui donna put en imposer au point de la faire prendre pour une maladie nouvelle. En consultant les auteurs depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours, il prouve que cette maladie a été connue de tout temps, et désignée par différents noms, mais qu'on peut la reconnaître très bien aux descriptions que les anciens auteurs nous ont laissées. Ainsi la gangrène

scorbutique, l'angine maligne ou mal de gorge gangréneux, et le croup, ne sont, suivant le médecin que nous venons de citer, qu'une seule et même affection, laquelle varie seulement suivant le siége qu'elle occupe et l'âge des malades.

Voici, suivant cet habile observateur, quels sont les caractères distinctifs de cette maladie :

Phénomènes morbides locaux. Le début de cette maladie se fait ordinairement sans phénomènes précurseurs et sous des apparences insidieuses. Le malade éprouve seulement un torticolis incommode, de la chaleur et de la douleur dans la gorge ; le cou est gonflé, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont tuméfiés, la face est bouffie, les yeux larmoyants ; les phénomènes généraux sont peu prononcés ; on observe quelquefois des vomissements. La rougeur de la membrane qui doit être le siége de l'affection est peu prononcée, à moins qu'il n'existe en même temps une inflammation morbilleuse ou scarlatineuse. On aperçoit dès le principe de la maladie une rougeur circonscrite qui se couvre de mucus coagulé demi-transparent. Cette couche, molle et fongueuse, est quelquefois soulevée par du mucus non altéré, et présente l'aspect de véritables vésicules. Ces taches se propagent avec plus ou moins de rapidité par continuité ou par contact, à la manière d'un fluide qui se répand. La croûte albumineuse devient épaisse, dense, opaque, blanche ; elle est encore peu adhé-

rente ; elle tient à la membrane sous-jacente au moyen de petits prolongements qui pénètrent dans les conduits des glandes mucipares ; la surface correspondante de la membrane est rouge, pointillée, comme parsemée d'une multitude de petites ecchymoses ; les bords sont quelquefois rouges, boursouflés, saillants ; d'autres fois sans changement de couleur, sans tuméfaction, ce qui rend plus facile la propagation de la fausse membrane. Si cette production se détache, la membrane muqueuse s'anime, et laisse suinter des gouttelettes sanglantes ; après quoi la concrétion se renouvelle, s'épaissit, devient plus adhérente ; elle acquiert plusieurs lignes d'épaisseur, devient jaune, grisâtre, noire ; le sang s'exhale avec plus de facilité. Des parcelles de mucus concret semblent infiltrées dans la substance même du tissu muqueux ; des ecchymoses, des excoriations superficielles se laissent apercevoir sur les endroits d'où l'on a arraché la fausse membrane. L'haleine exhale une odeur infecte, analogue à celle de la carie des dents ; ce que M. Bretonneau attribue à la putréfaction de la fausse membrane. Les bords des concrétions sont tellement saillants, qu'on pourrait croire à l'existence d'un ulcère profond ; si ces concrétions sont placées sur un plan uni, elles se détachent en partie, et simulent des lambeaux sphacelés ; mais lorsqu'on a l'occasion d'examiner les parties après la mort, ce qui n'arrive que trop sou-

vent, on peut s'assurer que ce n'est là qu'une illusion, en comparant avec les parties les plus anciennement affectées celles qui viennent de l'être. On peut suivre alors le mode de développement que nous venons d'indiquer, et reconnaître d'ailleurs l'état sain des parties sous-jàcentes. Il est rare qu'il existe véritablement des points gangréneux ; cela peut cependant se rencontrer comme dans les autres inflammations, mais cela n'est pas nécessaire à la nature de cette maladie.

L'inflammation diphthérique occupe de préférence les tonsilles, les gencives ; elle s'étend de là aux autres parties des voies digestives et respiratoires ; la peau paraît en être quelquefois le siége.

La marche de cette maladie est aiguë, rapide, croissante ; cependant au bout de quelques jours elle se ralentit. Lorsqu'elle se propage dans les voies aériennes, ce qu'on doit craindre lorsqu'elle affecte les amygdales, elle est on ne peut pas plus redoutable ; elle entraîne presque constamment la mort des malades.

Lorsque l'angine diphthérique n'occupe que les amygdales et le pharynx, c'est-à-dire lorsqu'elle ne s'est pas propagée dans les voies aériennes, elle peut se terminer par la guérison. Alors toutes les parties du pharynx s'humectent, et sont abreuvées d'un mucus écumeux, limpide, d'une salive parfois sanguinolente ; cette excrétion prend bientôt l'aspect du mucus catarrhal. Dans quelques cas les

fausses membranes se détachent, et sont expulsées par lambeaux par la toux ou par le vomissement ; d'autres fois la membrane, fortement adhérente, semble s'user ; elle s'amincit, devient blanche, nacrée, transparente ; elle permet de voir la membrane muqueuse. Le cercle inflammatoire s'agrandit, les parties sous-jacentes sont d'un rouge assez vif, bientôt toute la fausse membrane disparaît, et les organes reprennent à peu près leur aspect naturel : la luette, les amygdales, semblent rétractées et diminuées de volume.

Cette inflammation paraît à M. Bretonneau de nature spécifique, et pouvoir se communiquer par contagion.

Les *phénomènes fonctionnels* varient suivant le siége de l'altération locale, et sont les mêmes que ceux que nous avons exposés précédemment en parlant des autres angines. Quant aux *phénomènes généraux*, ils varient suivant l'intensité de l'inflammation et suivant la disposition individuelle.

Les *lésions organiques* ne sont autres que celles dont nous venons de tracer les principaux caractères. La fausse membrane peut être bornée aux parois du pharynx, à l'épiglotte, à la glotte, au voile du palais, aux amygdales ; elle peut remonter derrière le voile du palais, pénétrer dans les fosses nasales, dans les sinus frontaux, peut-être même dans les sinus maxillaires ; elle peut occuper la conque de l'oreille ; elle descend dans l'œsophage,

s'interrompt au milieu, reparaît au cardia, et même dans l'estomac; elle pénètre dans les voies aériennes jusque dans la division des bronches. Elle est ordinairement peu adhérente à la trachée; quelquefois elle peut communiquer avec elle par de petits vaisseaux organisés.

Sous le nom d'*angine pultacée* on a décrit une espèce d'angine qui offre des différences assez tranchées avec celles dont nous venons de parler; nous ne savons pas si cette distinction mérite d'être conservée, et si la production d'une sécrétion de matière caséiforme est une base assez solide pour fonder une espèce ou même un genre de maladie, surtout lorsque cette espèce ne réclame pas de moyens thérapeutiques particuliers.

Quoi qu'il en soit, les caractères fonctionnels locaux sont les mêmes que ceux de l'angine simple; mais l'inspection des parties fait reconnaître sur le voile du palais, le pharynx et les amygdales, des flocons de matière pultacée, grise, jaunâtre, blanche, caséeuse; ils se prennent en masses irrégulières, molles, qu'on peut facilement sillonner avec un corps dur, s'enlevant avec le doigt, se reproduisant avec assez de promptitude du jour au lendemain. Cette exsudation s'étend dans le pharynx; on l'a peu rencontrée dans le larynx. Ces concrétions, simplement superposées sur la membrane muqueuse, n'en altèrent nullement le tissu; elles

pénètrent quelquefois dans les inégalités des tonsilles boursouflées, et pourraient en imposer pour des escharcs, ou des ulcères syphilitiques et autres; mais en détachant cette concrétion pultacée on voit qu'elle n'adhère pas et qu'elle laisse sain le tissu sous-jacent. D'après Fothergill, Huxham, et Planchon, qui ont décrit cette espèce d'angine avec quelques légères différences, on voit qu'elle accompagnait constamment la scarlatine.

Angine gangréneuse.

L'angine gangréneuse qui a été décrite par les auteurs, d'après les observations de M. Bretonneau, n'aurait donc été qu'une angine membraneuse telle qu'il l'a observée récemment à Tours, et cette maladie elle-même ne serait que le croup, dont on s'est tant occupé dans ces derniers temps.

Quoi qu'il en soit, les angines tonsillaire, palatine et pharyngienne sont susceptibles de se terminer par la gangrène. M. Guersent pense que cette terminaison est rare; il ne l'a observée que deux fois. Les amygdales et les parties environnantes prennent un aspect livide, et répandent l'odeur spécifique de la gangrène; les malades expectorent des crachats couleur lie de vin; à la mort les amygdales et les parties voisines sont d'un noir grisâtre, se réduisent en bouillie, et répandent une odeur gangréneuse.

Cette terminaison de la gangrène annonce une

altération profonde de l'organisme. Il est à présumer que ce n'est point une inflammation locale, simple, bornée à ces parties, mais que d'autres organes importants à la vie sont entrepris en même temps.

Nous nous abstenons à dessein de décrire en détail les phénomènes locaux fonctionnels de cette maladie, puisqu'ils sont les mêmes que ceux que nous avons précédemment exposés, toutefois avec quelque différence dans l'intensité. Il arrive souvent que l'angine qui doit se terminer par gangrène ne donne pas lieu à des phénomènes très graves, de manière qu'une maladie légère en apparence cause une mort d'autant plus terrible qu'elle est plus inattendue.

Les symptômes généraux peuvent être très alarmants. Cette phlegmasie arrivant rarement seule, des signes de gastro-entérite grave, portant le caractère adynamique, se font remarquer dès le début de la maladie; d'autres fois le cerveau et les méninges participent à cette affection, et les symptômes qu'ils présentent portent aussi le caractère le plus funeste.

Le pouls est petit, misérable; la peau livide, pâle, froide; la face altérée, décomposée; l'haleine fétide, etc.

La gangrène n'est pas toujours bornée à l'entrée des voies digestives, les poumons et les intestins peuvent en être frappés simultanément.

Mais ce n'est nullement là l'épidémie décrite par Fothergill, ni l'esquinancie gangréneuse d'Huxham et autres ; ces auteurs n'ont observé, ainsi que l'a démontré M. Bretonneau, que l'angine couenneuse et l'angine pultacée : cependant quelques unes de leurs observations tendraient à prouver qu'ils ont aussi observé concurremment l'angine dont nous parlons.

Cancer du pharynx.

Phénomènes locaux. Cette maladie commence par une douleur d'abord légère, une simple titillation de la gorge ; cette douleur augmente, prend le caractère lancinant ; la déglutition devient de jour en jour plus difficile ; on aperçoit à la partie postérieure du pharynx une tumeur étendue, sans changement notable de couleur dans les premiers temps ; plus tard une ulcération irrégulière, fongueuse, se laisse apercevoir lorsque la maladie n'est pas située trop profondément ; le col se tuméfie, devient légèrement sensible à la pression extérieure. L'haleine est fétide ; le malade crache des matières glaireuses, filantes ou opaques, sanieuses, puriformes, d'une odeur repoussante. Lorsque le gonflement s'étend aux parties voisines, la voix s'altère, devient rauque ; la compression du larynx et de la trachée-artère peut rendre la voix sifflante, discordante, et faire craindre la suffocation.

On peut confondre avec le cancer du pharynx

les ulcères syphilitiques, les tumeurs scrophuleuses, la carie des vertèbres avec engorgement des parties voisines, etc.; mais ces maladies ont leurs signes caractéristiques, propres à les faire distinguer.

La circonstance commémorative d'une infection vénérienne fera reconnaître cette maladie; la disposition scrophuleuse sera non moins reconnaissable, etc.; le caractère de la douleur, la couleur particulière de la peau, seront aussi très propres à déceler la nature de la maladie.

La marche de cette affection est essentiellement lente et toujours croissante; elle offre souvent des exacerbations; elle n'est soulagée par aucun traitement, et tôt ou tard le malade succombe à la douleur, et à l'inanition, l'obstacle à l'ingestion de toute matière alimentaire finissant par être invincible.

Signes généraux. Il n'en existe aucun dans les premiers temps de la maladie, mais vers la fin on observe tous ceux des maladies organiques parvenues à leur troisième degré. L'altération de tous les viscères; l'infiltration, le marasme, la fièvre hectique, etc.

Lésions organiques. Les parois du pharynx sont épaisses, dures, grisâtres, opalines, laiteuses, jaunâtres, semi-transparentes, criant sous l'instrument qui les coupe, molles, irrégulières, mamelonnées vers leur intérieur, se détachant facilement

en matière pultacée; adhérentes aux parties environnantes, avec lesquelles elles sont souvent confondues d'une manière inextricable. Les parties voisines offrent souvent de petites excroissances fongueuses, polypeuses, rouges, dont le centre et la base sont consistants et blanchâtres. Souvent cette dégénérescence a commencé par les parties extérieures; par les glandes, par le tissu cellulaire engorgés consécutivement à un cancer de la mamelle communiquant l'infection de proche en proche jusqu'à l'organe dont nous parlons. Ces exemples sont assez communs.

Spasme du pharynx.

Le spasme du pharynx consiste dans une contraction subite des muscles qui le composent, contraction qui s'oppose d'une manière invincible à l'introduction des aliments ou des boissons; lorsqu'on veut forcer le malade à boire, les liquides sont quelquefois rejetés à une grande distance par cette contraction spasmodique. J'ai été témoin de ce phénomène chez un homme atteint de la rage, et que je forçai de boire; à peine le liquide fut-il introduit dans l'arrière-bouche, qu'il fut projeté à plusieurs pieds de distance. Ce spasme est causé par des affections morales vives, par la tristesse, les chagrins cuisants. Il y a absence complète de signes d'inflammation ou de toute autre altération locale de cet organe.

La paralysie du pharynx n'étant qu'un symptôme d'une affection cérébrale, ou d'une maladie parvenue à sa dernière période, il serait superflu d'en parler en ce moment.

OEsophagite.

L'inflammation de l'œsophage est une maladie assez rare et le plus souvent légère. Elle est caractérisée pendant la vie par la douleur locale, la gêne de la déglutition ; le bol alimentaire, parvenu vers le lieu où siège l'inflammation, s'arrête, occasione des efforts de déglutition, et une douleur d'autant plus vive qu'il est plus volumineux, plus dur, plus inégal. La douleur se fait sentir, soit au-devant des vertèbres cervicales, soit sous le sternum, entre les épaules, soit vers le cardia, sous l'appendice xiphoïde, suivant la hauteur que l'inflammation occupe. La résolution est la terminaison ordinaire de l'œsophagite, ce qui n'a pas permis jusqu'à ce jour de trouver des traces organiques qu'elle peut laisser après elle, bien entendu que nous faisons abstraction du cancer de l'œsophage. Cette maladie ne donne jamais lieu à des phénomènes généraux. Si pourtant elle occupait tout l'œsophage, qu'elle fût intense et déterminée par une cause grave, on conçoit sans peine que des signes de réaction pourraient se manifester.

Cancer de l'œsophage.

Un sentiment d'ardeur, d'érosion, dans un point de l'œsophage ; une douleur lancinante, une dysphagie persistante, le vomissement prompt des matières alimentaires, le poids incommode que leur séjour fait sentir au-dessus d'un obstacle perçu par le malade, une teinte jaune-paille de la peau, sont les caractères qui doivent faire reconnaître le cancer de l'œsophage. Si la maladie occupe la portion cervicale de ce conduit, on pourra reconnaître une tumeur dure, circonscrite, adhérente ou mobile, située entre le larynx, la trachée et les vertèbres cervicales. Située plus bas, la tumeur se dérobe à notre investigation.

Les signes que nous venons de donner sont communs à plusieurs maladies ; mais on peut reconnaître assez facilement à laquelle ils appartiennent. Je ne pense pas qu'ils puissent être produits par l'œsophagite chronique, parceque l'œsophagite est une maladie légère qui se termine toujours par résolution, et ne passe pas à l'état chronique. Lorsque le sentiment d'ardeur, d'âcreté, d'érosion, dépend d'une maladie de l'estomac, la coexistence de cette dernière empêche l'erreur. Lorsque la dysphagie est spasmodique, elle est passagère; lorsqu'elle est produite par la compression d'un anévrysme, on reconnaît cette affection à ses signes propres; par celle de tubercules, etc., on la distingue de la

même manière, etc. D'ailleurs les caractères généraux du cancer ajoutent encore un degré de plus de probabilité aux signes locaux qui sont particuliers au cancer de l'œsophage.

Lésion organique. Dans une étendue plus ou moins considérable, et à une hauteur variable, les parois de l'œsophage sont épaissies, lardacées, grises, opalines, demi-transparentes, criant sous le scalpel, ramollies en encéphaloïdes, inégales vers l'intérieur; l'aire du conduit est diminuée dans cet endroit, tandis qu'immédiatement au-dessus elle présente une distension considérable. J'ai vu quelquefois le cancer de l'œsophage, ainsi que celui du pharynx, consécutif à l'engorgement cancéreux de glandes lymphatiques ou de tissu cellulaire environnants, chez des femmes qui avaient subi l'amputation du sein pour une affection de cette nature.

Il peut arriver que l'œsophage se rompe, soit qu'il existe un rétrécissement qui a occasioné la dilatation de ce conduit et l'affaiblissement de ses parois, soit que l'ulcération les ait perforées après les avoir détruites; alors il survient des accidents très graves et promptement mortels. Les matières s'épanchent dans le médiastin et même dans la poitrine, lorsque la plèvre a été elle-même altérée et déchirée. Boerhaave a cité un fait de ce genre très extraordinaire, dont l'amiral Jean, baron de Wassenaer, est le sujet, fait que Zimmermann a cru devoir recueillir dans son philosophique ou-

vrage sur l'expérience (1). Ces exemples sont rares, et ne permettent pas de s'élever à une description générale.

Dysphagie, spasme de l'œsophage.

Si la dysphagie est le symptôme commun à toutes les maladies dont nous venons de parler, elle peut dépendre aussi d'une affection cérébrale, et n'être alors qu'un symptôme de cette affection. L'expérience prouve en effet qu'elle peut être l'effet de la plupart des altérations encéphaliques ; mais elle peut être aussi purement nerveuse, c'est-à-dire ne dépendre d'aucune lésion *apparente* de l'organe lui-même, ni de la portion du cerveau qui préside au mouvement et au sentiment de ce conduit.

Une constriction subite, sans signes antécédents, survenant pour l'ordinaire à la suite d'une affection morale vive, s'opposant à l'introduction de tout aliment ou de toute boisson dans le ventricule, produisant quelquefois une violente contraction des parois de l'œsophage, et faisant rejeter ainsi les matières ingérées : tels sont les principaux caractères de cette singulière maladie, qui ne donne lieu à aucun phénomène de réaction, et se termine le plus ordinairement tout-à-coup, après que la cause a cessé d'agir, sans laisser de traces après elle.

(1) *Traité de l'expérience en général*, première partie, livre III, chap. IV, pag. 155, édit. 1817.

Les autres altérations de l'œsophage ont été jusqu'à ce jour peu observées.

Indigestion.

Le diagnostic de l'indigestion est plus souvent utile qu'on ne pense communément. L'indigestion simple est une maladie légère, qui mérite même à peine ce nom, et n'exige presque aucun traitement. Lorsqu'elle est symptomatique au contraire, elle peut dépendre d'une multitude de maladies graves, et elle réclame des moyens prompts, énergiques et variés.

Nous avons dit que l'estomac partageait la souffrance de tous les organes, et que lorsque la nature procédait au travail d'une maladie, le ventricule suspendait ses fonctions, qu'il survenait de l'inappétence, et souvent des vomissements, et que par là elle semblait nous dicter la conduite à tenir, c'est-à-dire nous inviter à cesser toute alimentation, à ne plus introduire dans le ventricule de nouveaux moyens de réparation et d'irritation. L'invasion de la plupart des maladies est en effet marquée par la perte de l'appétit, le dégoût, et souvent le vomissement. Lorsque l'estomac contient des aliments, ils sont rejetés par cet acte morbide ; on observe, en un mot, tous les phénomènes de l'indigestion que nous allons tracer. Pour ne pas commettre d'erreur de pronostic et de traitement en rassurant mal à propos le malade ou

ses parents sur son état, et en s'abstenant de prescrire les remèdes convenables, il importe de distinguer si l'indigestion est l'effet d'une maladie qui se déclare, ou si elle est simplement la cause des accidents que l'on observe.

Dans ce dernier cas elle est légère et mérite peu d'attention ; dans l'autre, elle ne peut être regardée comme un phénomène indifférent.

Dans l'un et l'autre cas le malade éprouve un malaise général, une anxiété, une plénitude, un poids considérable dans la région épigastrique ; il existe des renvois aigres et fétides, précurseurs des vomissements ; des nausées, des hoquets, des borborygmes les annoncent d'une manière plus immédiate ; et bientôt, en effet, le malade vomit, en plus ou moins grande abondance, des matières alimentaires mal élaborées, mal digérées, aigres, fades, nauséeuses, et dont l'aspect et l'odeur varient suivant les aliments précédemment ingérés. Le vomissement peut être précédé et suivi de mouvements nerveux, de syncopes, chez les personnes ordinairement irritables ; des coliques, des borborygmes, des gaz intestinaux fétides, des déjections de matières mal digérées, à demi liquides, accompagnent souvent les premiers symptômes. Une céphalalgie violente, un brisement général et d'autres phénomènes sympathiques existent en même temps.

Dans quelques indigestions l'estomac est peu affecté ; il n'y a ni nausées ni vomissements ; les

aliments passent dans les secondes voies, et c'est là seulement qu'ils excitent les accidents d'une indigestion intestinale. Cette espèce d'indigestion est caractérisée par des coliques, des borborygmes, des flatuosités, des gaz intestinaux, l'excrétion de matières d'abord dures, puis liquides, âcres, fétides, etc.; enfin dans quelques circonstances il n'existe aucun trouble marqué dans la digestion stomacale ou intestinale, c'est-à-dire qu'il n'y a ni vomissement ni défécation.

Lorsque l'estomac et les intestins sont débarrassés, le malade éprouve en général un grand soulagement; tous les accidents locaux et généraux disparaissent; il reste seulement, pendant quelque temps, une fatigue plus ou moins grande dans les organes digestifs.

Il s'agit maintenant de déterminer si l'indigestion est primitive ou si elle est consécutive. Elle est primitive, lorsqu'elle arrive sur un individu bien portant, jouissant de la plénitude de ses fonctions digestives; qu'elle est produite par une cause dont l'action ne s'est fait sentir qu'après l'ingestion des aliments; une impression morale vive, un effort intellectuel, une chaleur intense, un froid vif, un exercice forcé, et que surtout elle est déterminée par une quantité trop grande d'aliments ou par des aliments difficilement digestibles : dans tous ces cas on peut considérer l'indigestion comme primitive. Elle sera au contraire l'effet d'un état mor-

bide préexistant lorsqu'elle surviendra chez un individu dont la digestion aura été troublée depuis plusieurs jours; chez lequel il existera inappétence, dégoût des aliments; qui aura éprouvé une maladie antécédente ; qui se trouvera en convalescence, etc., et chez lequel il existera manifestement un appareil fébrile peu proportionné avec une simple indigestion : dans ces dernières circonstances le médecin ne saurait trop se tenir sur ses gardes.

Embarras gastrique.

On a beaucoup discuté récemment pour savoir si l'on devait reconnaître un embarras gastrique ; les médecins de la nouvelle école se sont fort élevés contre l'existence de cet état morbide ; ils l'ont considéré comme un reste des préjugés antiques, comme un vieux levain des anciennes traditions, un vestige impur de la médecine humorale. Plus tard enfin ils ont renoncé à leurs déclamations, et reconnu qu'il pouvait exister un état qui mérite ce nom.

On convient généralement aujourd'hui que des aliments peu digestibles par leur nature, ou devenus tels par une disposition de l'estomac, peuvent s'accumuler dans cet organe ; que des matières muqueuses sécrétées en plus grande abondance que dans l'état physiologique, que des matières bilieuses venant du duodénum, peuvent s'amasser dans le ventricule et occasioner les symptô-

mes désignés sous le nom d'embarras gastrique.

Nous n'ignorons pas qu'on a prétendu que cet état était toujours le résultat d'une irritation primitive ou consécutive, et partant devait être traité comme tel ; qu'on a dit que l'estomac ne sécrétait plus de mucus que parcequ'il était plus irrité ; que la bile n'y arrivait en plus grande abondance que parcequ'elle y était appelée par l'irritation, etc. : mais cela n'est pas démontré. D'abord l'ingestion de matières peu digestibles est une cause primitive indubitable ; et si la présence de ces matières cause de l'irritation, cette irritation est purement consécutive, et disparaît avec la cause qui l'occasione. En second lieu, l'exhalation muqueuse peut être plus abondante sans irritation préalable, ainsi que nous l'avons prouvé précédemment, de même que les autres sécrétions. Il peut donc exister réellement un état morbide d'embarras gastrique primitif, susceptible de déterminer consécutivement les symptômes de l'irritation gastrique. Cet état se manifeste par un sentiment de gêne et de pesanteur dans la région épigastrique, une tension, un ballonnement, quelquefois une chaleur sensible dans cette région, qui est en même temps le siége d'une exhalation gazeuse abondante, laquelle se déclare par des borborygmes et des renvois de gaz ; ces gaz en remontant par l'œsophage font éprouver de la chaleur, et parfois l'acidité ; ils sont fétides ou inodores. Il existe des pulsations singu-

lières, qui s'étendent jusque sous les fausses côtes; les douleurs se propagent aussi à droite et à gauche dans le dos, et remontent jusque dans les épaules; le malade a perdu l'appétit, il éprouve du dégoût, de la salivation, du crachotement, des vertiges; bientôt des nausées, le tremblement de la lèvre inférieure, des vomituritions, enfin le vomissement des matières contenues dans l'estomac.

Quelques phénomènes sympathiques se joignent à ces symptômes: la bouche est amère, pâteuse ou acide; la langue blanche ou jaunâtre; il existe de l'appétence pour les boissons acides, de l'aversion pour les aliments animaux. Une douleur sus-orbitaire accompagne presque constamment cet état; la face est pâle, abattue; le malade est triste, découragé; il se plaint d'avoir les membres brisés; le sommeil est pénible, peu réparateur; la respiration est gênée; l'haleine est souvent fétide; le pouls petit, peu développé; la perspiration diminuée, etc.

Cet état se termine ordinairement d'une manière favorable par le vomissement spontané ou provoqué par l'art, souvent aussi par l'abstinence et les boissons délayantes. Sa durée est ordinairement de peu de jours, ce qui combat l'opinion des médecins qui en ont fait une variété de la gastrite chronique.

Les symptômes que nous avons exposés sont bien certainement ceux qui appartiennent à un certain degré de l'irritation gastrique; mais com-

ment pourrait-il en être autrement puisque la maladie a le même siége, l'estomac, et qu'elle peut occasioner secondairement cette irritation? Le seul moyen de les distinguer l'une de l'autre, c'est la présence ou l'absence des phénomènes fébriles ; il paraît même que ce signe n'avait pas échappé à Hippocrate, lorsqu'il avait dit qu'il fallait faire vomir celui qui était sans fièvre, etc.

Ce passage est trop digne d'attention pour ne pas être cité :

Ἀπυρέτῳ ἐόντι ἀποσιτίη, καὶ καρδιωγμὸς, καὶ σκοτόδινος, καὶ ϛόμα ἐκπικρουμενον, ἄνω φαρμακείης δεῖσθαι σημαίνει.

Et remarquez que le mot ἀπυρέτω est placé le premier, comme celui qui, d'après les constructions antiques, mérite le plus d'attention. L'embarras gastrique simple sera donc principalement caractérisé par l'absence de la fièvre.

Gastrite.

La gastrite a singulièrement attiré l'attention des médecins dans ces derniers temps, et peu s'en est fallu qu'elle n'usurpât une domination universelle sur toutes les autres maladies. Le réformateur de la médecine en avait fait l'unique objet de ses méditations ; c'était de la gastrite que procédaient toutes les maladies ; c'était à la gastrite que toutes elles aboutissaient. Nous avons déjà dit qu'il n'en était plus ainsi aujourd'hui, et que bien que la gastrite conservât encore une certaine pré-

éminence, elle souffrait cependant des rivales.

Les fonctions de l'estomac étant bien connues, il devient facile d'apprécier les signes de son inflammation, dont le premier effet est de déranger ces fonctions. Ces dérangements fonctionnels offrent des différences importantes à signaler, suivant que la gastrite est aiguë ou chronique, légère ou intense.

La gastrite aiguë, lorsqu'elle est légère, trouble peu les fonctions digestives, et ne produit, pour ainsi dire, aucun accident de réaction. Le malade éprouve une douleur sourde dans la région épigastrique; cette douleur n'augmente que par une pression un peu forte ; elle augmente aussi par l'ingestion des aliments, par les secousses de l'exercice à pied, à cheval, etc.; elle est quelquefois passagère, ordinairement continue, mais plus forte dans certains moments; il ressent en même temps de la tension, des battements incommodes dans cette région. L'appétit est diminué, quelquefois augmenté ; les digestions sont fatigantes, accompagnées de malaise et de pesanteur, souvent de toux sèche et revenant par quintes ; il y a soif, sécheresse de la bouche, ardeur de la gorge, rougeur de la langue, et, dans quelques circonstances, vomissement des aliments.

En même temps des alternatives de chaleur et de frisson, de la chaleur et de l'aridité vers la région épigastrique, de la céphalalgie, de la fréquence

dans le pouls, et autres phénomènes généraux, se manifestent, mais à un faible degré; ils peuvent même ne pas exister.

Cette phlegmasie peut s'étendre aux intestins grêles, et succéder à l'angine pharyngienne. Elle est en général de courte durée, et se termine par résolution; elle peut cependant passer à l'état chronique. On a même remarqué qu'elle prenait plus facilement cette marche que la gastrite intense, sans doute parcequ'étant légère, elle ne réclame pas impérieusement le traitement qui lui convient, et les malades continuant leur régime habituel, perpétuent cette phlegmasie par l'action non interrompue des causes qui l'ont occasionée. Cette maladie ne se terminant jamais par la mort, on n'a pu jusqu'à présent reconnaître les lésions organiques qui existent; on est réduit à supposer, d'après l'expression fonctionnelle, que ces altérations sont simplement un moindre degré de celles que l'on rencontre dans la gastrite intense.

Lorsque la gastrite est violente, on observe un appareil de symptômes bien autrement graves.

Après des phénomènes précurseurs très prononcés, tels que douleurs vives des membres, bâillements, pandiculations, vertiges, brisement général, morosité, etc.; et à la suite d'un frisson violent et de longue durée, d'une chaleur intense ou de syncopes répétées, il se déclare une douleur épigastrique intolérable, qui s'étend au dos, à l'om-

bilic, aux hypochondres, remonte en suivant le trajet de l'œsophage, se fait sentir entre les épaules. Cette douleur augmente par la pression la plus légère, au point que le poids des couvertures est souvent insupportable ; elle augmente aussi par la contraction des muscles abdominaux, par l'abaissement du diaphragme, ce qui rend l'inspiration pénible et douloureuse, mais surtout par les efforts de vomissement et par l'ingestion des boissons. Le malade éprouve, dans la région épigastrique, une chaleur brûlante, de la tuméfaction sensible pour le médecin, une espèce de contraction permanente des muscles droits de l'abdomen. Des nausées, des vomituritions sans cesse renouvelées, de vains efforts de vomissement, tourmentent le malade. Ces vomissements entraînent des boissons, des mucosités, de la bile, du sang, et, loin de les soulager, sont suivis de l'exaspération des accidents. Une soif vive, inextinguible, se fait sentir ; le malade désire les boissons froides et acidules ; les boissons douces et chaudes lui inspirent de la répugnance ; l'estomac se révolte contre toute espèce de liquides, les rejette aussitôt qu'ils sont introduits, et ces vomissements sont si douloureux, que le malade est comme suspendu entre le désir irrésistible de boire et la crainte de vomir. Lorsqu'un poison ou une substance âcre, corrosive, a produit la gastrite, des vestiges de son action se font remarquer dans la bouche et le pharynx, qui

sont le siége d'eschares plus ou moins profondes.

Les phénomènes généraux qui accompagnent cette inflammation sont proportionnés à son intensité. La face est altérée, décomposée, pâle, ou abattue, ou rouge et vultueuse, suivant les moments où on l'observe; les yeux sont ternes ou brillants; la peau est froide ou chaude, âcre, sèche, ou couverte d'une sueur visqueuse; le pouls est en général petit, concentré, fréquent; toute position est insupportable, le malade s'agite sans cesse, se plaint d'une voix faible et presque éteinte, etc.

Cette maladie marche rapidement, et se termine souvent par la mort, ce qui peut avoir lieu dans deux ou trois jours, ou dans quelques heures, suivant la violence de la cause et des accidents. Lorsque la gastrite est spontanée, c'est-à-dire produite par une cause mal appréciée, elle peut se terminer dans le premier septénaire, dans le second, et quelquefois même vers la fin du troisième.

Lorsque la guérison a lieu, et qu'il a existé des eschares gangréneuses, la convalescence est d'une lenteur extrême. Lorsque les eschares se détachent, c'est-à-dire au bout de deux ou trois semaines, il survient des hémorrhagies qui compromettent l'existence du malade et l'affaiblissent toujours beaucoup : ce n'est que très tard que l'estomac recouvre sa force première.

Lorsque les malades succombent, ce peut être

dans la violence de l'inflammation, dans la suppuration de l'organe, ou pendant sa désorganisation gangréneuse ; la résolution peut aussi terminer cette maladie.

Lésions organiques. Pour bien apprécier les altérations pathologiques que la gastrite laisse après elle, il faut connaître d'une manière précise l'état naturel de la membrane muqueuse gastrique, les divers changements que déterminent une multitude de circonstances physiologiques, et aussi quelques états pathologiques qui ne sont point des gastrites. L'ouvrage que M. Billard a publié sur ce sujet ne saurait être lu avec trop d'attention ; on y puisera toutes les notions nécessaires à l'examen de l'état pathologique des organes dont nous parlons.

Dans les cas les plus ordinaires, la membrane muqueuse est rouge, et paraît tuméfiée, boursouflée ; mais les degrés de cette rougeur et de cette tuméfaction sont infinis. Depuis quelques années les médecins ont tellement fixé leur attention sur ce point de pathologie, qu'ils ont trouvé et décrit avec une exactitude minutieuse une multitude de nuances de ces sortes d'altérations organiques. La rougeur peut occuper la région cardiaque, le bas-fond de l'estomac, sa petite extrémité ; elle peut être générale, uniforme ou inégale ; elle peut être simplement rosée, mais sa couleur être tellement fondue qu'on ne reconnaisse nullement les vais-

seaux capillaires ; elle peut ressembler à une véritable arborisation ; elle peut être rouge foncée, par place, par stries, par points ; violacée, brune et noire. Ces dernières couleurs sont plutôt le résultat de l'injection mécanique qui accompagne le troisième degré des maladies du cœur que celui de la phlegmasie. Les parois de l'estomac sont souvent épaissies, ce qui arrive principalement dans les gastrites chroniques ; l'estomac paraît en dehors comme étranglé ; à l'intérieur de ces espèces de rétrécissements on reconnaît un nombre considérable de plis longitudinaux. Une chose digne de remarque, que j'ai observée en faisant l'ouverture d'une épileptique qui avait succombé à un véritable empoisonnement par le nitrate d'argent, c'est que la rougeur est surtout sensible sur la partie saillante convexe de ces plis, et nullement dans leur enfoncement ; ce qui n'aurait sans doute pas eu lieu si le médicament ou le poison eût été sous forme liquide. Ce fait peut fort bien n'être pas sans utilité dans les recherches médico-légales. La membrane muqueuse est souvent parsemée de mamelons analogues aux bourgeons charnus d'une plaie.

Il est indubitable que la gastrite ne puisse terminer par suppuration ; mais cette suppuration a lieu comme pour les bronches : c'est une véritable exsudation purulente. On voit souvent dans l'intérieur de l'estomac un mucus épais, opaque, jau-

nâtre, grisâtre, pultacé; la membrane qu'il recouvre est rouge, et sensiblement épaissie. Je ne doute nullement que ce ne soit là la terminaison par suppuration de la gastrite. On n'a pas encore constaté la présence du pus dans la tunique même de l'estomac, mais personne ne révoque en doute qu'il ne puisse se former de la suppuration dans une partie voisine de cet organe, et que le pus ne puisse se faire jour dans sa cavité ou dans le mésentère, dans les épiploons, ou même dans la grande cavité péritonéale.

La gangrène de l'estomac n'a guère lieu dans les gastrites spontanées; du moins ne l'avons-nous jamais observée, quoique les auteurs anciens en fassent souvent mention. Il est plus que probable qu'ils auront pris pour de la gangrène la couleur bleuâtre, noire de la membrane muqueuse dans la dernière période des maladies du cœur. Mais cette altération se rencontre fréquemment lorsque la gastrite est le résultat d'un empoisonnement. La grandeur, l'épaisseur, la forme, la couleur, l'odeur des eschares, varient singulièrement: elles peuvent occuper tout le bas-fond de l'estomac (il est rare qu'il en existe sur la petite courbure), intéresser jusqu'au péritoine. Elles sont ordinairement d'un blanc jaunâtre, grisâtre, ardoisées et même noires. La membrane muqueuse, qui n'est pas gangrenée, est rouge, livide, brune; elle est parsemée de taches, d'ecchymoses irrégulièrement ar-

rondies, longitudinales, etc., souvent entourées d'un cercle inflammatoire qui les déborde, ou bien plus saillantes que les parties voisines, à moitié détachées, etc. Des eschares semblables se rencontrent dans l'œsophage, dans le pharynx et dans la bouche.

Les tuniques de l'estomac ont été trouvées ulcérées; mais cette altération est rare : elle doit principalement succéder à la gastrite chronique. Elles sont aussi tapissées d'une exsudation membraniforme.

Les altérations dont nous venons de parler sont produites par la gastrite simple; mais tout porte à croire que les inflammations de la membrane muqueuse gastro-intestinale sont susceptibles des mêmes inflammations spécifiques que la peau : aussi trouve-t-on sur cette membrane des espèces d'éruptions dont nous parlerons en traitant de l'entérite.

Gastrite chronique.

La gastrite chronique, soit qu'elle succède à la gastrite aiguë, soit qu'elle ait revêtu le caractère de chronicité de prime abord, s'annonce par d'autres phénomènes fonctionnels morbides, locaux et généraux, et par d'autres phénomènes organiques.

Les symptômes sont de la même nature, puisqu'ils dépendent de la maladie d'un même organe; mais ils éprouvent des modifications, parceque

l'altération organique dont ils sont l'expression n'est pas précisément la même que les précédentes. Ici, comme partout, nous devons trouver un rapport constant entre la lésion organique et les phénomènes fonctionnels. Les cas rares où ce rapport paraît ne pas exister ne sont que des cas d'exception qui doivent être placés parmi les inconnus. Ici, comme dans les maladies précédentes, c'est l'estomac qui est malade; nous aurons donc pour symptômes les dérangements des fonctions de cet organe. La lésion s'opère lentement, d'une manière obscure; le trouble fonctionnel sera lent et peu prononcé; la résolution sera difficile, les symptômes présenteront la même persistance, la même opiniâtreté.

On a distingué un grand nombre de formes de gastrites chroniques; on en a fait une de l'embarras gastrique. Cette affection, n'ayant ordinairement qu'une durée très limitée, ne nous paraît pas être une inflammation chronique.

C'est avec plus de vraisemblance qu'on a rattaché la *dyspepsie* à la gastrite chronique. M. Georget revendique pourtant cette altération pour les névroses, et nous croyons en effet que, jusqu'à ce que l'anatomie pathologique, cette source de toute lumière en médecine, ait fait reconnaître les traces organiques de la gastrite chronique dans la dyspepsie, on n'aura aucune bonne raison à lui opposer. Cette espèce de maladie est principale-

ment caractérisée par une douleur épigastrique analogue à celle que produit la faim ; l'ingestion des aliments la soulage, au moins momentanément, et au bout de deux heures environ elle ne tarde pas à reparaître avec une nouvelle violence, accompagnée de gonflement, de battements à la région épigastrique, de soif, de rapports, de céphalalgie, de chaleur générale, de lassitude, etc., tous symptômes qui décèlent la fatigue de l'estomac.

On a admis des variétés de gastrite chronique, d'après le siége de la phlegmasie ; on a admis une gastrite chronique du cardia, une autre du corps de l'estomac, une autre de l'extrémité pylorique : nous n'avons pas reconnu l'extrême nécessité de ces divisions.

Le cancer de l'estomac a surtout été regardé comme une gastrite chronique. Ce que nous avons dit dans nos généralités, et aussi en parlant des maladies de l'encéphale, nous dispense d'entrer ici dans de nouvelles discussions. L'on sait maintenant que si l'inflammation opiniâtre favorise la production du cancer, cette maladie ne saurait se manifester sans une cause particulière. Nous en traiterons séparément.

L'hypochondrie a été regardée aussi par ces médecins comme une gastrite chronique ; mais nous croyons devoir nous ranger du côté de M. Georget, qui en fait une maladie du système nerveux. A défaut de signes organiques, les lésions fonction-

nelles nous paraissent fortement militer pour cette dernière opinion.

Enfin le pica, le malacia, la boulimie, la chlorose ou pâles couleurs, et autres maladies des jeunes filles hystériques ou aménorrhoïques, me paraissent bien plutôt des dérangements du système nerveux que le résultat de la phlegmasie chronique du ventricule. Sans doute il serait plus satisfaisant pour l'esprit que l'altération organique de ces désordres fonctionnels fût connue, mais il est plus dangereux de la supposer que d'avouer son ignorance.

Phénomènes morbides locaux et fonctionnels. Ce n'est plus une douleur déchirante que le malade éprouve dans la région épigastrique, c'est le sentiment d'un corps dur, d'une boule, d'une barre placée quelquefois derrière le sternum. Cette sensation est constante, continuelle, fatigante; l'appétit est languissant, la bouche fade, pâteuse, amère, la langue habituellement sale, mais surtout le matin à jeun; la digestion est laborieuse, accompagnée de flatuosités, de nausées et même de vomissements; les selles sont ordinairement rares. Ces phénomènes locaux persistent longtemps sans occasioner de trouble de fonctions plus éloignées; cependant au bout d'un certain temps la réparation de l'individu étant attaquée par sa base, la succession de digestions imparfaites fait sentir ses effets dans tout l'organisme : la nutrition

cesse de s'opérer convenablement ; l'individu maigrit, pâlit d'une manière sensible ; la face est abattue, fatiguée ; les pommettes deviennent saillantes, les yeux ternes et enfoncés ; l'expression du visage est celle de la tristesse et de la douleur ; les forces abandonnent le malade ; toutes les fonctions organiques et encéphaliques traînent et languissent ; le dévoiement colliquatif et le marasme se manifestent dans la dernière période, et terminent une scène de douleurs.

La marche de cette maladie est lente, sa durée illimitée. Elle peut se terminer par résolution lorsqu'on peut soustraire le malade à la cause qui a déterminé et qui entretient son affection. Le retour à la santé se fait ordinairement d'une manière insensible.

Lorsque la gastrite chronique se termine par la mort, on observe des lésions organiques différentes de celles que nous avons décrites.

Lésions organiques. La couleur rouge de la membrane muqueuse est ordinairement moins foncée ; cette membrane peut même offrir une pâleur, une blancheur insolites, et qui sont bien certainement l'effet d'un état pathologique. Elle est quelquefois d'une couleur gris d'ardoise, et parfois d'un gris verdâtre. Les tuniques de l'estomac et des intestins sont souvent d'une transparence remarquable; dans certains cas il existe un amincissement très sensible de ces tuniques ; des vaisseaux bleus, va-

rigueux, sillonnent ces parois, qui sont ordinairement d'un blanc sale et d'une grande ténuité. J'ai observé ces dispositions organiques chez des individus qui, pendant leur vie, n'avaient éprouvé aucun symptôme de gastrite aiguë ou chronique. Cet amincissement est presque toujours accompagné de la dilatation de l'estomac ; c'est un véritable anévrysme de cet organe. L'épaississement de la membrane muqueuse dont nous avons parlé tout à l'heure se rencontre fréquemment aussi dans la gastrite chronique : cette dernière lésion coïncide ordinairement avec le rétrécissement de sa cavité.

Des ulcérations, rares à la vérité, la plupart du temps uniques, ou du moins en petit nombre, se rencontrent quelquefois dans l'estomac. Elles sont le résultat de la chute d'une eschare, du ramollissement partiel, de l'ouverture d'une pustule, etc. Leur aspect est très variable; elles sont souvent entourées d'un cercle inflammatoire, petites, larges, superficielles, profondes, pâles, rouges, saignantes; enfin le tissu sous-muqueux peut être emphysémateux, œdémateux, etc.

L'estomac peut contenir des fluides très variables par leurs qualités chimiques et physiques, par leur quantité, etc. : ce sont des aliments, des médicaments, des poisons, des fluides sécrétés par la membrane muqueuse ou par les organes voisins. Il est très important d'examiner ces fluides, surtout

dans quelques cas de médecine légale. Un des corps que l'on rencontre le plus souvent dans l'estomac, ce sont des vers, dont ignore la formation, mais qu'on a regardés à tort comme la production de l'inflammation chronique.

Ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

Nous avions observé depuis long-temps le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, et sa destruction complète, cette altération étant très fréquente chez nos vieillards, sans ajouter à cette maladie toute l'attention qu'elle méritait ; il était réservé à M. Louis (1) de la faire connaître de la manière la plus exacte, sous le double rapport des lésions fonctionnelles et des lésions organiques.

Quels sont les symptômes qui accompagnent le ramollissement de l'estomac? Dans la plupart des cas dont M. Louis a rapporté l'exemple, les fonctions digestives étaient altérées depuis un temps plus ou moins long, depuis plusieurs années, ou au moins depuis plusieurs mois. Au début de la maladie, ou du moins au moment qu'on pouvait considérer comme tel, perte complète d'appétit, épigas-

(1) *Mémoire sur l'amincissement et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac* (*Archives générales de médecine*, mai 1824) ; et dans les *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques*, Paris, 1826, page 1re.

tralgie, frissons entremêlés de chaleur, nausées, vomissements ; ou bien anorexie, soif, fièvre, et plus tard douleurs épigastriques ; dans deux cas ces symptômes se sont montrés simultanément. Ces phénomènes persistent jusqu'à la mort, d'une manière continue, ou avec des rémittences diverses ; ils varient d'ailleurs d'intensité, et se montrent avec des nuances différentes, et quelquefois sont si obscurs qu'on ne peut les reconnaître.

Cette maladie se termine ordinairement par la mort ; cependant le médecin que nous venons de citer, d'après des observations ultérieures, croit pouvoir affirmer que cette altération morbide est susceptible de guérison ; elle ne produit presque jamais de phénomènes généraux.

On peut reconnaître cette affection lorsque les fonctions digestives ont été altérées depuis longtemps ; lorsqu'on observe au début fièvre, nausées, vomissements, anorexie, épigastralgie constante ; lorsque ces accidents persistent jusqu'à la mort d'une manière continue ou avec quelques rémissions ; lorsqu'ils surviennent dans le cours d'une maladie chronique, et particulièrement de la phthisie ; lorsque les accidents ont duré vingt jours, six semaines, deux mois ; lorsqu'il n'existe pas de tumeur épigastrique, ni les signes du cancer de l'estomac.

Lésions organiques. On trouve, dans une étendue variable, la membrane muqueuse ramollie,

réduite en bouillie ; en passant le dos du scalpel ou un corps obtus, on l'enlève avec facilité ; les parois du ventricule sont ordinairement amincies vers l'endroit correspondant. A l'extérieur, l'estomac paraît affaissé, déprimé, vers la région malade ; il offre aussi un changement de couleur dans cette région. Dans l'intérieur on observe une couleur d'un blanc bleuâtre, continue, disposée par plaques très rapprochées, assez arrondies, ou par bandes longues et étroites ; l'endroit affecté est sensiblement aminci ; il existe une différence notable de niveau avec la portion saine, mais le passage de l'une à l'autre est ordinairement graduel, et ne présente pas de circonscription tranchée et déterminée, ce qui fait différer cet état de la véritable ulcération, dont les bords sont en général tranchés. La membrane muqueuse est pâle, convertie en mucus glaireux, demi-transparent, réduite à une extrême ténuité, et quelquefois entièrement détruite. Les vaisseaux sous-muqueux sont très apparents, larges et vides. Lorsque la membrane est détruite, il n'existe pas de mucosités sur cet endroit. La couleur n'est pas toujours d'un blanc bleuâtre; elle peut être opaque, rose, grise, parsemée de taches rougeâtres, noirâtres, etc. Cette lésion occupe de préférence le cardia et le pylore, le bas-fond de l'estomac; elle peut être répartie sur la totalité de ce viscère.

Le tissu sous-muqueux est en général sain, ra-

rement plus dense ; dans certains cas plus mou que dans l'état physiologique. M. Louis a vu la destruction de tous les tissus, excepté celle de la tunique péritonéale. L'œsophage, les autres intestins, présentent souvent des altérations notables.

Cette maladie a été regardée comme étant d'une nature particulière, et nullement une des formes de la gastrite chronique. D'autres auteurs, en plus grand nombre, la reconnaissent comme une variété de cette dernière affection ; nous croyons devoir nous ranger à leur avis.

Cancer de l'estomac.

La dégénérescence cancéreuse de l'estomac est sans contredit l'une des plus fréquentes; c'est aussi la maladie que les jeunes médecins reconnaissent avec le plus de facilité. Cependant le diagnostic n'est pas sans difficulté, surtout dans le principe de cette affection. Les signes qu'elle présente alors sont tellement semblables à ceux de la gastrite chronique, qu'on a voulu en inférer que ce n'était que la même maladie ; mais si l'on fait attention qu'affectant le même organe, elle se développe avec la même lenteur, ne sera-t-on pas convaincu que cette ressemblance était nécessaire, inévitable, quoique la nature de l'affection ne fût pas la même? Attaquant les mêmes organes, le même dérangement fonctionnel n'était-il pas nécessaire? L'attaquant de la même manière, lente-

ment, ce dérangement ne devait-il pas présenter le même mode de développement? Était-ce une raison suffisante pour conclure à l'identité de la nature de ces deux affections? Nous ne le pensons pas.

Les signes de la première période étant absolument les mêmes que ceux que nous avons exposés précédemment en traitant de la gastrite chronique, nous n'y reviendrons pas ; ce n'est que dans une période plus avancée, après plusieurs intermittences successives, lorsque les accidents deviennent constants et se prononcent davantage, qu'on peut acquérir quelque certitude. C'est toujours dans les desordres fonctionnels locaux qu'il faut chercher les signes caractéristiques des maladies.

Les dérangements qui surviennent dans les fonctions digestives et dans le ventricule lui-même devront donc conduire à la connaissance de la maladie : douleur dans l'estomac, chaleur brûlante, âcreté ; éructations acides, corrosives, fétides; vomissements de matières d'abord glaireuses, limpides, filantes, acides ou amères, à jeun ou après les repas, et sans mélange d'aliments ; ensuite, de matières alimentaires, mais seulement celles d'une nature particulière, que l'estomac semble choisir pour rejeter ; plus tard encore, vomissement de toutes les substances ingérées dans le ventricule, et même des boissons les plus douces ; tuméfaction d'abord obscure, vague, de l'épigastre ; enfin tumeur dure, adhérente, circonscrite, sensible à la

pression, lancinante ; vomissement de sang ou de matières noires, fuligineuses ; constipation ; enfin marasme, mort. Lorsque tous ces symptômes existent, il est difficile de méconnaître cette maladie, qui se présente d'ailleurs avec ces caractères dans la majorité des cas. On peut joindre à ces traits les phénomènes généraux des affections cancéreuses, la couleur paille de la peau, l'âge du malade, etc., et cette somme de probabilités ne contribuera pas peu à faire reconnaître la maladie qui nous occupe.

Le cancer peut occuper le cardia, le pylore, un des points du corps de l'estomac, ou même sa totalité.

On peut fixer le siége de la maladie au cardia lorsque le malade éprouve de la gêne, de la douleur, au moment que le bol alimentaire arrive dans cette région et franchit cette ouverture ; lorsque le vomissement arrive immédiatement après l'ingestion des aliments, et qu'il est accompagné d'une grande quantité de matières filantes et glaireuses ; enfin lorsque la tumeur est située vers les fausses côtes gauches.

On pensera qu'il occupe le pylore, lorsque la tumeur occupera l'hypochondre droit, que les vomissements se feront long-temps attendre, que l'estomac se distendra beaucoup pendant la digestion.

Dans les cas où le cancer occupe le corps de l'es-

tomac, c'est en général la petite courbure qui est le siége de la maladie. Il est difficile à reconnaître, mais que l'erreur est légère! Quand la totalité de l'estomac est envahie, il n'existe pas de vomissement; le ventricule est alors incompressible et incontractile.

D'après ce que nous venons de voir, la douleur, le vomissement et la tumeur forment, nous ne disons pas les signes pathognomoniques, mais les principaux caractères de cette maladie. Ces signes peuvent cependant exister, et la maladie n'exister pas, *et vice versâ*, c'est-à-dire les signes ne pas exister, et la maladie exister cependant.

Et d'abord, la douleur appartient à toutes les maladies de l'estomac, et ne saurait être regardée comme un signe spécial de celle qui nous occupe; il faut en dire autant du vomissement; enfin la tumeur peut appartenir à une multitude de lésions diverses. L'engorgement du foie, de la rate, du pancréas; l'accumulation de matières fécales dans l'arc du colon, la dilatation anévrysmale de l'aorte, et autres tumeurs accidentelles, peuvent d'autant plus en imposer que la plupart d'entre elles occasionent du trouble dans les fonctions digestives.

En second lieu, la douleur peut ne pas exister; c'est ce qui arrive dans les cancers indolents, qui, comme on sait, ne sont pas rares. Le vomissement peut aussi n'avoir pas lieu, 1° lorsque le pylore est libre; 2° lorsqu'il est largement ulcéré; 3° lorsque

l'estomac est entièrement envahi par la désorganisation. La tumeur peut n'être pas sensible, ce qui est pour le diagnostic comme si elle n'existait pas, 1° lorsque les fausses côtes et le sternum descendent fort bas et la recouvrent; 2° lorsque le bord libre du foie est superposé; 3° lorsque l'embonpoint est considérable; 4° lorsque les muscles abdominaux se contractent, etc.

Malgré ces difficultés, il est cependant ordinaire d'arriver à un diagnostic précis, parcequ'il est rare qu'il s'en trouve un assez grand nombre pour masquer la maladie.

Lésions organiques. Quels que soient l'étendue de l'altération et le lieu qu'elle occupe, ses caractères physiques sont toujours les mêmes. Le point affecté est épaissi, endurci; en le divisant, il crie sous le scalpel; il est blanc, grisâtre, nacré, opalin, demi-transparent, ou opaque et jaunâtre. Les membranes qu'elle envahit ne conservent plus aucune trace d'organisation; le péritoine cependant reste sain jusqu'au dernier moment. La consistance de la tumeur est plus prononcée à la circonférence; elle diminue vers le centre, où le ramollissement présente l'aspect de l'encéphaloïde. Son épaisseur varie depuis deux ou trois lignes jusqu'à un pouce et plus. L'intérieur est souvent ulcéré; alors les bords en sont élevés, irréguliers; la surface de l'ulcération est mamelonnée, grise, noirâtre; elle exhale une odeur repoussante. L'intérieur de l'es-

tomac est parsemé de végétations rouges, polypeuses. L'estomac est quelquefois rétréci ; alors ses parois paraissent plus épaisses. Il est dans certains cas singulièrement distendu ; ses membranes paraissent saines ; enfin ses fibres musculeuses paraissent hypertrophiées, ce qui a fourni à M. Louis le sujet d'un mémoire publié dans la *Revue médicale* en avril 1824. Ces différences dans l'état de l'estomac correspondent aux hypertrophies et aux anévrysmes du cœur, et sont produites, selon la belle remarque de Corvisart, par des causes analogues, un obstacle au cours des matières sur lesquelles ces organes agissent.

Le cancer ne se borne pas toujours à l'estomac : il envahit les organes voisins, les englobe, pour ainsi dire, fait corps avec eux, et produit ainsi une tumeur énorme. Les glandes mésentériques s'engorgent, des tubercules se développent dans le foie, etc. Il survient aussi fréquemment vers la fin de cette maladie des inflammations dans les organes voisins, et surtout au péritoine.

Perforation de l'estomac, rupture.

L'observation a prouvé que l'estomac pouvait se déchirer, se rompre, et les matières alimentaires et autres qu'il contient s'épancher dans la cavité péritonéale, dans celle des épiploons, dans la poitrine, dans un autre intestin, au dehors, ou même ne pas s'épancher du tout, suivant que la perfo-

ration correspond au péritoine, à l'espace qui sépare les feuillets de l'épiploon ; qu'elle communique dans la poitrine par le diaphragme, dans le colon ou un autre intestin; qu'elle adhère aux parois abdominales, ou que le foie, la rate, le pancréas, exactement appliqués sur l'ouverture, empêchent l'issue des matières.

Cette perforation est dans la plupart des cas la suite d'une ulcération ; on croit pourtant qu'elle a pu avoir lieu sans inflammation préalable. La lésion anatomique ressemble quelquefois parfaitement à une perte de substance produite par un emporte-pièce. Dans la majorité des cas il est facile de reconnaître une dégénérescence ancienne, souvent squirrheuse, etc.

Ses symptômes sont une douleur atroce survenant tout-à-coup à l'épigastre, une chaleur brûlante, insolite, qui se répand dans tout l'abdomen; le malade tombe, se replie sur lui-même, perd connaissance, fait de vains efforts de vomissement, ne rejette presque rien ; sa face est altérée, profondément décomposée; le pouls dur, petit, fréquent; la peau froide ; la respiration anxieuse, etc. Les douleurs continuent avec la même violence ; le ventre se météorise ; le malade a la conscience de sa destruction prochaine. Il succombe ordinairement au bout de quelques heures.

On conçoit que ces accidents doivent varier suivant les dispositions anatomiques que nous venons

d'indiquer. Lorsque le malade ne meurt pas promptement on voit apparaître tous les symptômes d'une violente péritonite. Dans ces derniers temps le savant professeur Chaussier et M. Gérard ont fixé l'attention des médecins sur ce terrible accident.

Gastralgie, gastrodynie, cardialgie, etc.

Par une contradiction singulière, mais qui d'ailleurs ne doit pas surprendre, les mêmes auteurs qui rejettent jusqu'à l'expression de névralgie, qui n'admettent que des inflammations des nerfs, reconnaissent des névroses de l'estomac, qu'ils désignent sous le nom de gastralgie, cardialgie, etc. Tandis qu'ils refusent de reconnaître qu'une douleur vive, subite, de peu de durée, qui se montre sur le trajet d'un nerf de la face ou des membres, n'est qu'une névralgie et point une névrite, ils confessent qu'une douleur de cette nature qui se manifeste dans l'estomac n'est point une gastrite chronique, et qu'ils n'y voient qu'une névrose de l'estomac ! A la bonne heure, *et habemus confitentem reum.*

La gastralgie est caractérisée par une douleur vive, lancinante, déchirante, parvenant presque tout-à-coup à son plus haut degré de violence, qui est souvent atroce, insupportable. Cette douleur, accompagnée ou non de vomissement, occupe la région épigastrique, et paraît correspondre à quelque point de l'estomac ; elle n'augmente pas par

la pression, et semble plutôt soulagée et calmée par elle ; l'ingestion d'aliments pris en quantité considérable, et d'une nature indigeste, la fait cesser au lieu de l'exaspérer ; la digestion est généralement prompte et facile ; cette douleur peut durer plus ou moins long-temps, c'est-à-dire dix, quinze ou vingt ans, et plus, sans altérer en rien le reste de l'organisme ; elle n'est que peu soulagée et jamais complètement guérie par les antiphlogistiques.

Dans la gastrite chronique, à laquelle on a voulu attribuer la gastralgie, les phénomènes présentent un caractère opposé : c'est-à-dire que la douleur est obscure, qu'elle arrive lentement, qu'elle augmente par une forte pression, par l'ingestion des aliments, lesquels se digèrent avec une peine extrême, et sont souvent rendus par le vomissement ; que des phénomènes généraux sympathiques ne tardent pas à se manifester ; que toutes les fonctions organiques languissent, et que l'individu meurt inévitablement dans l'épuisement et le marasme, etc. Ce sont là des différences capitales, fort bien exposées par M. Georget, et qui ne permettent pas de confondre ces deux maladies.

La gastralgie cesse aussi brusquement qu'elle apparaît ; elle présente des retours fréquents, quelquefois fixes, périodiques. On observe quelques nuances dans les symptômes de cette affection. Certains malades éprouvent des besoins,

qu'ils apaisent momentanément par l'ingestion d'aliments ou par des boissons excitantes ; d'autres ressentent une chaleur brûlante, qui paraît remonter le long de l'œsophage ; chez d'autres ce sont des pesanteurs, du gonflement à l'épigastre, etc. ; enfin le pica, la dyspepsie, la boulimie, etc., accompagnent souvent la gastralgie. Cette maladie guérit quelquefois tout-à-coup ; elle n'offre jamais de danger, et ne laisse aucune trace après elle.

Pyrosis.

Nous pensons que c'est à tort qu'on a décrit la pyrosis comme une simple névrose. Nous avons eu de fréquentes occasions de l'observer, et cela constamment dans des gastrites chroniques ou dans des cancers de l'estomac. Le principal symptôme, celui qui a fait donner son nom à la maladie, c'est le sentiment d'une chaleur brûlante, d'une véritable ustion qui a son siége dans l'estomac, et qui remonte souvent dans le trajet de l'œsophage. On remarque d'ailleurs les autres phénomènes qui annoncent le dérangement des fonctions du ventricule, et que nous avons indiqués précédemment.

Vomissement nerveux.

Nous avons démontré dans notre premier volume que le vomissement était un acte cérébral ;

il doit donc survenir fréquemment, sans altération sensible du ventricule.

J'ai vu un grand nombre de fois, et même récemment, sur plusieurs jeunes filles, une espèce de vomissement qu'on ne peut guère regarder que comme nerveux. Tous les jours ces jeunes filles vomissaient leurs aliments, leurs boissons, des matières glaireuses, etc.; il n'existait aucun signe local ou général d'inflammation, nulle douleur épigastrique, nulle tumeur, nulle chaleur; point de soif, de fréquence de pouls, point de changement de couleur à la langue, etc.; peau fraîche, couleur rosée naturelle des joues, appétit, embonpoint. Quoiqu'elles n'eussent aucun intérêt à tromper, je me défiai de quelque supercherie; je les mis à une diète sévère; mais pensant qu'elles pouvaient se procurer des aliments, j'ordonnai des moyens douloureux, des sangsues, des saignées, des vésicatoires: elles se laissèrent faire toutes ces applications sans murmurer. Parmi ces filles, l'une était aveugle depuis peu de temps, et tuberculeuse; je soupçonnai un ou plusieurs tubercules du cerveau; d'autres étaient aménorrhoïques, d'autres évidemment hystériques; chez toutes l'estomac paraissait vomir par habitude.

On a décrit des vomissements nerveux sympathiques; il faut beaucoup se défier de ces histoires. On doit considérer comme nerveux les vomissements qui ont lieu par la vue ou le souvenir d'un

objet dégoûtant, par le roulis d'un vaisseau, l'action de tourner sur soi-même, le mouvement de l'escarpolette, la titillation de la luette, etc.

Gastrorrhée, ou catarrhe stomacal.

Quelques auteurs pensent que la membrane muqueuse de l'estomac, comme celle des bronches, et même généralement comme toutes les membranes de la même nature, est susceptible d'exhaler une grande quantité de matières muqueuses blanches, filantes comme du blanc d'œuf, que les malades rejettent soit à jeun, soit après les repas, et cela sans mélange de matières alimentaires. Ces malades n'éprouvent aucun des signes de l'inflammation aiguë ou chronique de l'estomac. Il n'est pas impossible que les choses se passent quelquefois ainsi. Dans les maladies du cœur, par exemple, toutes les exhalations muqueuses peuvent être augmentées vers leur dernière période ; mais nous croyons qu'en général ces exhalations sont des effets de l'inflammation chronique, du cancer commençant de l'estomac, ou symptomatiques d'une affection plus éloignée, et très rarement idiopathiques.

Hémorrhagies gastriques, gastrorrhagie, hématémèse, mélœna.

Il nous reste peu de chose à exposer ici touchant ces hémorrhagies. Ce que nous avons dit de l'hématémèse dans notre premier volume, et

des hémorrhagies en général dans celui-ci, doit suffire pour l'histoire de cette maladie.

Nous nous bornerons à dire qu'après avoir éprouvé un frisson plus ou moins violent, un sentiment de chaleur, de bouillonnement dans l'épigastre, la face devient pâle, jaunâtre, les extrémités se refroidissent; le malade perd quelquefois connaissance : tous phénomènes qui indiquent la concentration des forces vers un point de l'organisme, mais qui ne caractérisent pas l'hémorrhagie d'une manière positive. L'épigastre se tuméfie, une pesanteur s'y fait sentir; une saveur douceâtre, avant-coureur du vomissement, se manifeste dans la bouche; les nausées et les autres symptômes précurseurs du vomissement se déclarent, et bientôt le sang est rejeté par la bouche en quantité ordinairement considérable, sans toux préalable. Ce sang est en général noir, à cause de son séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac, et peut-être aussi à cause de l'action chimique des substances que ce viscère contient; il est souvent réuni en caillots fibrineux, plus fréquemment liquide. Il est mêlé de matières alimentaires, de mucosités, de bile, etc. Il est dans certaines circonstances rejeté par l'anus; il peut sortir par les narines, s'introduire dans le larynx, et provoquer la toux, etc. L'hématémèse peut être unique, multiple, périodique. Ses terminaisons sont variables, suivant l'altération organique qui la produit.

En effet le vomissement de sang est, ainsi que nous l'avons dit souvent, et que nous devons le dire pour toutes les hémorrhagies, presque toujours un simple symptôme. L'hématémèse la plus ordinaire est celle qui survient dans les cancers ulcérés; j'ai eu occasion de reconnaître dans ce cas l'orifice béant de l'artère qui l'avait produite. Elle peut dépendre de l'ulcération qui suit la chute des eschares gangréneuses; elle peut être consécutive à une affection du cœur : c'est encore un des cas les plus communs. Elle peut arriver dans le troisième degré du scorbut; elle peut être supplémentaire des règles ou d'une autre hémorrhagie, etc. Tous ces cas sont faciles à distinguer par les signes qui leur sont propres; mais l'on conçoit que la marche de l'hématémèse, sa durée et sa terminaison ne sauraient être les mêmes dans tous ces cas; que dans tous par conséquent le pronostic et le traitement ne sauraient être les mêmes, ainsi que les phénomènes généraux, qui doivent varier suivant les circonstances que nous venons d'exposer.

Ce qu'il importe le plus d'établir ici, c'est la différence du vomissement de sang d'avec l'hémoptysie : or, dans l'hématémèse, la douleur, le bouillonnement, la pesanteur, se font sentir dans l'épigastre; le malade ne tousse pas, n'éprouve aucun accident vers le thorax; le sang est abondant, noir, non écumeux, mêlé à des matières alimen-

taires. Dans l'hémoptysie, la chaleur, le bouillonnement, se font sentir dans le thorax, sous le sternum en général; il existe de la toux, des accidents thorachiques ; le sang est rouge, vermeil, écumeux; il ne contient point de matières alimentaires : voilà pour les cas les plus simples. Mais le diagnostic peut être rendu difficile par quelques circonstances : ainsi l'hématémèse peut arriver sur un individu qui est affecté de quelque maladie des organes respiratoires, qui tousse ordinairement ; le sang, en s'introduisant dans le larynx, peut provoquer la toux ; il peut être écumeux, et ne pas contenir de matières alimentaires ; enfin celui qui vient des bronches ou des poumons peut, en titillant la luette, provoquer en même temps le vomissement, etc. On sent que dans tous ces cas le diagnostic doit présenter beaucoup de difficultés; mais il reste, en général, un assez grand nombre de signes pour prononcer avec certitude ; il est rare que plusieurs causes d'erreur se trouvent réunies au point d'en imposer au médecin attentif.

Duodénite.

Nous pensons que multiplier les divisions auxquelles d'ailleurs la nature s'astreint fort peu, c'est embarrasser l'art de difficultés superflues : aussi ne ferons-nous pas de description particulière de la duodénite. On a prétendu que le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse pouvait

rétrécir, oblitérer le conduit cholédoque, empêcher l'épanchement de la bile dans le duodénum, donner lieu à l'ictère, à la blancheur des matières alvines, etc. L'anatomie pathologique n'a pas encore confirmé cette hypothèse ingénieuse.

Entérite.

L'inflammation des petits intestins peut exister indépendamment de celles de l'estomac et du colon. Tout porte à croire que cette phlegmasie est souvent spécifique, et même que cette spécificité n'est pas unique ; que, comme cela a lieu pour la peau, la membrane muqueuse intestinale peut être le siége d'une très grande variété de phlegmasies, qu'on peut reconnaître à des caractères anatomiques constants ; ce qui explique très bien pourquoi le traitement antiphlogistique simple ne suffit pas toujours pour guérir, et ce qui doit conduire par des recherches ultérieures à la découverte des moyens véritablement efficaces. Déjà l'analogie de structure et de fonctions entre la peau et la membrane muqueuse, l'insuccès du traitement antiphlogistique dans une multitude de cas, le succès de méthodes opposées, etc., m'avait fait reconnaître des maladies spécifiques. Dans le premier volume de cet ouvrage, prenant pour exemple les maladies de la peau qui tombent sous les sens, j'avais établi leur nature spécifique contestée dans ces derniers temps, et j'avais avancé que *les affec-*

tions cutanées, ainsi que beaucoup d'autres, reconnaissaient une spécificité incontestable. M. Bretonneau, pénétré des mêmes principes, travaillait alors à ses recherches sur la diphthérite et sur la dothinentérite, par lesquelles il prouve la vérité de ces assertions. En effet, si la peau peut être le siége de phlegmasies spécifiques, pourquoi les membranes muqueuses seraient-elles à l'abri de semblables affections?

Entérite simple.

On a distingué plusieurs variétés d'entérites simples, mais ces variétés ne sont à proprement parler que des degrés de la même maladie. On a admis une entérite superficielle, érythémateuse, ou diarrhée, une entérite plus profonde qui s'étend jusqu'à la membrane musculeuse ou dysenterie; enfin une entérite phlegmoneuse, occupant toutes les membranes, y compris la membrane péritonéale. On aurait pu tout aussi bien distinguer l'entérite suivant l'espace intestinal qu'elle affecte. Nous pensons qu'il suffit de distinguer cette phlegmasie en légère ou profonde.

Lorsque l'entérite est légère, elle peut arriver sans phénomènes précurseurs. Le malade éprouve une douleur profonde et obscure dans la région iliaque droite; cette douleur s'étend jusqu'à l'ombilic, et quelquefois irradie dans tout l'abdomen. Celui-ci augmente de volume, des borborygmes se font en-

tendre; enfin, bien qu'on ait avancé que dans cette inflammation il n'y avait pas de diarrhée, cependant, après quelque temps de constipation, il survient en général du dévoiement, quoique cet accident ne soit pas un signe nécessaire de l'entérite, et qu'il puisse avoir lieu sans inflammation préalable. Les matières alvines sont liquides, muqueuses, quelquefois écumeuses, jaunes, verdâtres, fétides, plus ou moins abondantes. Le nombre des selles varie singulièrement: elles peuvent être d'une très grande fréquence, moins cependant que dans une variété plus intense. Il est bien rare que l'estomac ne participe pas à l'état des autres intestins, et le trouble de ses fonctions manifeste cette participation.

A ce degré les phénomènes généraux sont peu prononcés : la langue est à peine rouge, sale vers la base ; la soif est peu vive, l'appétit est diminué. Dans certains cas les malades continuent à prendre des aliments; ils perpétuent leur maladie par cette imprudence, ou lui font prendre un plus haut degré d'intensité. Lorsqu'ils ne commettent aucun écart de régime, et que les causes ont cessé d'agir, cette maladie se termine par résolution. Sa marche est continue, sa durée est ordinairement courte.

Mais il s'en faut que l'entérite soit toujours aussi légère. Lorsqu'elle occupe une grande portion du canal alimentaire, ou qu'elle attaque fortement et

profondément les membres des intestins, elle s'annonce ordinairement par des phénomènes précurseurs. Les frissons entremêlés de chaleur, les lassitudes spontanées, les douleurs des membres, les syncopes, etc., précèdent cette variété de l'entérite. La douleur, qui a d'ailleurs le même siége, est moins obscure, moins profonde ; elle est plus vive, elle augmente par la pression, elle est accompagnée d'une chaleur brûlante ; une tumeur, ou plutôt une tuméfaction vague, se fait sentir dans la région douloureuse ; les intestins, comme agglomérés, paraissent se réunir entre eux ; dans certains cas on peut les circonscrire, et reconnaître une tumeur du volume des deux poings ; mais cette tumeur est rénitente, elle n'est pas réellement dure. Bientôt le volume du ventre augmente ; on ne sent plus la tumeur ; la douleur s'étend, sans rien perdre de son intensité. En même temps des déjections de matières muqueuses, bilieuses, écumeuses, sanguinolentes, sont rendues par les selles, et avec douleurs, causées par la compression des muscles abdominaux, mais sans épreintes. Il existe dans certains cas une constipation invincible ; on observe aussi des nausées, des vomissements de matières bilieuses, muqueuses, et quelquefois ces vomissements sont douloureux. La langue est rouge sur sa pointe, blanche ou sale vers la base ; la soif est vive, la peau chaude, l'urine peu abondante et rouge ; la respiration est fréquente et gênée,

elle s'opère ordinairement par les côtes, l'abaissement du diaphragme augmentant beaucoup la douleur; le pouls est en général petit et fréquent.

Cette inflammation peut se terminer par résolution ou par la mort. Dans le premier cas, au bout de douze, quinze ou vingt jours, les symptômes diminuent graduellement d'intensité, et tout reprend le type normal.

Dans le deuxième cas, la douleur cesse quelque temps avant la mort, mais la figure pâlit, s'altère, se décompose. Le collapsus se peint sur les traits de la face; la peau devient froide, ou se couvre d'une sueur visqueuse; le malade perd connaissance, ou tombe dans le délire; il rend sans en avoir la conscience les urines et les matières fécales, et meurt.

L'intestin présente à quelques nuances près les mêmes altérations que nous avons décrites en parlant des traces que la gastrite laisse après elle.

Il est encore un degré plus violent de l'entérite, caractérisé par l'exaspération de tous les phénomènes fonctionnels, et par l'inflammation de toutes les tuniques intestinales, jusques et y compris le péritoine. Dans ce cas la douleur est intolérable; le malade se couche sur le ventre, se replie, se roule, s'agite, change à chaque instant de position. L'abdomen paraît se rétracter; il est dur, retiré vers la colonne vertébrale. Le malade est quelquefois sur son séant, la tête penchée en avant,

pour vomir avec plus de facilité. Les selles sont suspendues, ou bien les matières sont sanglantes, écumeuses ; leur excrétion est douloureuse; dans quelques circonstances le ventre se tuméfie avec une extrême rapidité ; il est tendu, ballonné, douloureux à la pression et par l'inspiration. Des efforts réitérés de vomissement fatiguent le malade, ainsi que des hoquets fréquemment répétés.

La face est altérée profondément, et décèle une maladie grave ; elle exprime la crainte, la terreur d'une fin prochaine; la peau est souvent pâle et froide, excepté sur la partie correspondante à l'organe affecté ; le pouls est petit, concentré, fréquent.

Lorsque cette espèce d'entérite est occasionée par un étranglement intérieur, on doit ajouter à ces symptômes les vomissements de matières fécales et la suppression des selles.

Cette inflammation se termine le plus ordinairement d'une manière funeste. Le terme fatal arrive au bout d'un temps plus ou moins rapide, suivant l'intensité de l'affection et la cause qui l'a produite.

Après la mort, les intestins sont ordinairement agglomérés, réunis, adhérents, couverts de concrétions pseudo-membraneuses, rouges, violacés, distendus par des gaz. La membrane interne est ordinairement d'un rouge intense, épaissie, couverte de mucosités sanguinolentes ; elle offre des

taches grises, noirâtres, évidemment gangréneuses, etc., enfin tous les désordres organiques déjà signalés.

L'entérite est susceptible de passer à l'état chronique. Les phénomènes morbides auxquels elle donne lieu offrent la plus grande analogie avec ceux que nous venons de décrire ; mais comme cela a lieu pour toutes les phlegmasies chroniques, ces symptômes sont beaucoup moins intenses. L'entérite chronique succède bien plus souvent à l'entérite légère qu'à l'entérite phlegmoneuse ; quelquefois elle prend le caractère chronique, sans période d'acuité. La douleur abdominale est plus sourde, plus profonde ; elle n'augmente que par une pression un peu forte. Il existe des borborygmes, des tiraillements, de la distension dans l'abdomen, principalement quelques heures après les repas. Les selles sont rares, ou au contraire fréquentes et liquides, mais non sanguinolentes ; non purulentes, mais bilieuses, formées d'aliments non digérés. Les parois de l'abdomen se rétractent lorsqu'elles ne sont pas distendues par des gaz. La peau devient sèche, rude, écailleuse, pulvérulente ; la face est terne et sale ; la soif assez vive ; l'amaigrissement lent, mais sensible ; la faiblesse augmente de jour en jour. Le malade peut succomber dans le marasme, ou revenir à la santé au bout d'un temps illimité.

Nous pensons avec quelques auteurs modernes que l'entérite chronique produit consécutivement, dans certaines circonstances, l'engorgement des ganglions mésentériques ; mais nous ne pensons pas que cette inflammation soit toujours la cause des tubercules mésentériques désignés sous le nom trivial de *carreau*. Nous pensons que, dans ce dernier cas, une disposition particulière est nécessaire à la production de cette maladie, et qu'une inflammation préalable n'est pas toujours indispensable à son développement. Nous consacrerons à cette affection un article séparé.

On a aussi pensé que les fièvres lentes étaient le résultat de l'entérite chronique. Nous partageons entièrement cette opinion ; mais nous devons ajouter que ces fièvres lentes, que nous croyons toujours symptomatiques, n'accompagnent pas exclusivement l'entérite chronique, mais la plupart des phlegmasies qui présentent ce caractère, quel que soit l'organe affecté.

Les *altérations organiques* que l'on trouve après la mort sont la rougeur plus ou moins vive, violacée, brune, de la membrane muqueuse; son épaississement, le rétrécissement du conduit alimentaire, quelquefois l'amincissement de ses parois, et plus fréquemment leur ulcération. Les ulcères occupent ordinairement la fin de l'iléon ; leurs bords sont perpendiculaires ; la membrane musculaire est détruite, le péritoine en forme le

fond, et cette membrane se rompt assez souvent.

Entérite avec éruption furonculeuse, ou dothinentérite.

Nous avons dit que l'entérite offrait quelquefois un caractère de spécificité. Il est très vraisemblable que les entérites qui se déclarent pendant la scarlatine, la rougeole, la variole et autres phlegmasies spécifiques, portent le même caractère que ces inflammations; mais indépendamment de ces entérites, il en est une qui a fixé l'attention de M. le docteur Bretonneau, qui a promis de faire bientôt connaître le résultat de ses observations. M. Trousseau, l'un de ses élèves, en a donné quelques exemples dans les *Archives de médecine.*

Le siége de cette inflammation semble être exclusivement dans les glandes de Peyer et de Brunner, que l'on rencontre dans le jéjunum, l'iléon et le gros intestin. L'aspect que ces parties présentent a été décrit jour par jour par M. Trousseau, en commençant par le cinquième jour, M. Bretonneau n'ayant pas eu occasion de faire d'ouvertures avant cette époque. Les glandes dont nous venons de parler augmentent successivement de volume jusqu'au septième jour, époque à laquelle toutes celles qui doivent être affectées sont tuméfiées. Les ganglions mésentériques ont alors la grosseur d'un œuf de moineau, et sont rosés à l'intérieur. Le volume des glandes s'accroît de jour en jour; au dixième la surface des glandes de Peyer est

bosselée, rugueuse; le tissu ou la masse folliculaire est rouge, épais, carnifié. Les glandes de Brunner offrent le même aspect; les unes se résolvent, et les autres augmentent. Les ganglions mésentériques commencent à diminuer de volume. Les jours suivants la tuméfaction augmente encore; on aperçoit des espèces de fongosités coniques, rouges, légèrement ulcérées à leur sommet; les ganglions diminuent de volume, deviennent mous et violacés. Au quatorzième jour la tuméfaction est plus grande encore; la base des tubercules s'élargit; leur sommet est teint de bile, d'une couleur jaune, safranée, que nous avons notée dans notre premier volume comme le signe d'une haute inflammation. Le centre des fongosités est converti en eschare gangréneuse, imbibée de bile. Le quinzième jour ce bourbillon se détache, et l'on voit une large et profonde ulcération, dont les bords se renversent; le bourbillon tient encore par sa base; une aréole inflammatoire entoure la partie ulcérée. Le lendemain l'eschare tombe complètement, et laisse voir la membrane musculeuse, laquelle est quelquefois détruite ainsi que la péritonéale, ce qui produit des perforations très communes. Les ganglions mésentériques sont très mous et violacés. Les vaisseaux mésentériques peuvent être rompus, et donner lieu à des hémorrhagies mortelles. Toutes les glandes engorgées ne parviennent pas à suppuration et à la gangrène; un grand

nombre se terminent par une résolution plus ou moins lente. Vers le dix-huitième jour les bords de l'ulcération s'affaissent ; l'ulcère est par conséquent moins profond. Au vingt-unième jour les glandes de Peyer ont presque repris leur volume ; elles sont encore molles et rouges ; les ulcérations s'effacent, le cercle inflammatoire a disparu. Au vingt-cinquième jour les glandes de Peyer et de Brunner sont entièrement affaissées ; on les distingue encore par leur couleur rosée, grisâtre, ou par des cicatrices récentes. Les ganglions ont pris leur volume naturel, mais quelques uns ont suppuré ; ils contiennent une matière semblable à du pus mêlé de sang. Du trentième au quarantième jour les ulcérations disparaissent complètement ; il est rare qu'il en subsiste encore passé cette époque. Le lieu que l'éruption occupe de préférence est la fin de l'iléon et le commencement du cæcum. Les perforations n'ont jamais lieu qu'au centre d'un crypte de Brunner ou d'une glande de Peyer ulcérés. L'estomac, le duodénum, le jéjunum, le colon, ne sont presque jamais affectés de cette éruption.

Dans le plus grand nombre des cas, l'éruption, parvenue au dixième jour, se termine par résolution, et va en diminuant jusqu'au quatorzième, époque à laquelle les glandes sont encore légèrement tuméfiées, rougeâtres et comme réticulées. Au vingtième jour il ne reste presque plus aucune trace de la phlegmasie.

Les signes fonctionnels caractéristiques de cette affection sont loin d'être aussi positifs, aussi bien déterminés que ses lésions organiques. D'après les observations que nous avons citées, ce sont les mêmes symptômes qu'on attribuait autrefois aux fièvres muqueuses, adynamiques et ataxiques, suivant que cette entérite est légère ou grave ; mais je pense que, lorsqu'elle donne lieu à des symptômes *ataxiques*, c'est que le cerveau est affecté d'une manière consécutive, sympathique, etc.

Ce qui a dû en imposer autrefois sur cette affection, et la faire prendre pour une maladie essentielle, générale, etc., c'est que les phénomènes locaux sont souvent peu prononcés ; les malades ressentent quelques coliques vagues, qu'ils accusent à peine.

Lorsque la maladie est légère, le malade éprouve ordinairement, dans le principe, des alternatives de frisson et de chaleur, de l'*inappétence* et de la *constipation*, et souvent *nulle douleur ne se fait sentir dans l'abdomen*, même à la pression ; la langue est humide, rouge à sa pointe, sale et chargée à sa base ; le pouls est distinct, légèrement fréquent ; la respiration libre, la peau halitueuse, la coloration naturelle, les yeux brillants, les pupilles dilatées. Ces symptômes, assez vagues, augmentent pendant quelques jours, après quoi ils diminuent et disparaissent.

Ce sont là les cas les plus légers. On voit qu'ils offrent peu de signes caractéristiques : la consti-

pation, l'anorexie, l'état de la langue, avec les signes négatifs des autres maladies, constituent les seules probabilités de l'existence de l'entérite pustuleuse. A ces symptômes se joignent quelquefois de la soif, de la toux, un léger mal de gorge, quelques douleurs en urinant, ce qui achève la ressemblance avec la fièvre muqueuse légère.

Dans les cas plus graves, après un prodrome plus prononcé, un dérangement notable dans les fonctions digestives, de la diarrhée, des coliques, un appareil fébrile bien caractérisé, etc., phénomènes qu'on pourrait déjà regarder comme le commencement de la maladie, le malade éprouve des douleurs vagues dans l'abdomen, principalement vers la fosse iliaque droite, augmentant peu par la pression; un dévoiement assez abondant et opiniâtre; la langue est sale à sa base, rouge à sa pointe; la soif assez vive; il existe une toux grasse; l'expectoration est rare, peu abondante; le pouls est onduleux; la face est pâle, altérée, porte l'empreinte de la douleur; les yeux sont ternes; au bout de quelques jours, stupeur, prostration très prononcée, décubitus sur le dos.

La face s'altère de plus en plus; les yeux sont ternes, chassieux, pulvérulents; les sourcils sont rapprochés; le malade tombe dans une espèce de somnolence; la peau est sèche, écailleuse; la faiblesse est telle que le malade peut à peine se mouvoir; pouls petit, irrégulier, vacillant; respiration

à peine sensible : après des alternatives de mieux et de pire, le malade succombe souvent d'une manière inopinée. Ces caractères rapprochent beaucoup cette maladie de la fièvre adynamique et du typhus.

Les symptômes peuvent encore varier. Le malade peut éprouver de l'agitation, de la soif, avoir les yeux brillants, étonnés, du délire, etc. ; des soubresauts des tendons, de la carphologie ; la langue peut être nette et sèche, ou brune et noire. Cet état d'excitation, qui doit faire reconnaître que le cerveau participe à l'affection abdominale, est remplacé par la prostration et la stupeur ; la somnolence succède à l'insomnie.

Lorsque l'affection est légère, c'est ordinairement vers le deuxième septénaire que la convalescence se prononce ; ce n'est qu'à la fin du troisième, du quatrième, et même plus tard, qu'elle arrive dans les cas graves. Cette maladie se termine aussi fréquemment par la mort, ce qui a lieu à des époques indéterminées.

Perforation des intestins.

M. Louis a fixé l'attention des médecins sur l'accident grave dont nous parlons. Il résulte de ses observations « que si dans une maladie aiguë et dans des circonstances inattendues il survenait tout-à-coup une violente douleur de ventre, si cette *douleur était exaspérée par la pression*, accom-

pagnée de la prompte décomposition des traits, et plus ou moins promptement de nausées et de vomissements, on devrait croire à l'existence d'une perforation de l'intestin. » L'exaspération de la douleur par la pression est un caractère d'une haute importance, sans lequel il est impossible de reconnaître cet accident et de prononcer avec certitude sur son existence. Cette douleur doit aussi s'étendre avec promptitude dans tout l'abdomen ; elle diminue quelquefois au point d'ôter aux malades toute espèce de crainte ; mais le médecin ne doit pas partager cette sécurité tant que les traits de la face restent grippés. Les nausées, les vomissements continuent ; la figure est pâle ou violacée ; les malades éprouvent un frisson continuel qu'ils ne peuvent faire cesser. Le point de départ de la douleur, vers la région du cæcum, pourrait ajouter encore une certaine probabilité au diagnostic de cet accident. Quelques uns de ces symptômes peuvent manquer, ce qui rend ce diagnostic très obscur. La maladie dure depuis vingt jusqu'à cinquante-quatre heures ; mais quelquefois elle se prolonge plus long-temps, ce qui est rare.

C'est principalement vers les douze derniers pouces de l'iléon que la perforation arrive. Elle est unique ou multiple ; elle a constamment lieu au centre d'une ulcération. En observant la membrane muqueuse du duodénum au cæcum, on aperçoit des plaques ovalaires plus ou moins sail-

lantes, des ulcérations plus ou moins larges et profondes, perforées ou imperforées. Les plaques sont formées par la tunique muqueuse, ou par la réunion de cryptes muqueux; elles ont une demi-ligne d'épaisseur; elles sont d'une couleur grisâtre, tachetées de bleu. Le tissu sous-muqueux et même la tunique musculeuse sont quelquefois altérés. On remarque sur ces plaques tous les degrés de l'ulcération. Les bords de l'ulcère sont tranchés, coupés net, comme par un emporte-pièce. On n'y trouve jamais ni l'odeur ni l'aspect gangréneux, ce qui fait penser que ces ulcérations sont produites par l'absorption; mais cette altération paraît être presque toujours consécutive à l'inflammation de la membrane muqueuse, et principalement à celle des glandes de Peyer.

On trouve d'ailleurs en même temps les vestiges de la péritonite produite par l'épanchement des matières contenues dans l'intestin grêle. Le péritoine est d'un rouge plus foncé que dans les inflammations ordinaires. On peut en général le détacher avec facilité, et le liquide qu'il contient n'est pas seulement séroso-purulent, mais il est mêlé avec une certaine quantité de matières intestinales, alimentaires, médicamenteuses ou autres.

Cancer des intestins.

L'expression fonctionnelle du cancer des intestins ne diffère que peu de celle de l'entérite chro-

nique ; et cela doit être, puisque le même organe est malade, et que la marche de la maladie est la même. Cependant les renvois sont plus fétides, les selles offrent une odeur repoussante ; vers un point de l'abdomen on perçoit une tumeur dure, fixe, douloureuse à la pression, lancinante, non pulsative ; les phénomènes généraux de la diathèse cancéreuse se manifestent, et ces caractères ne permettent pas de méconnaître le cancer des intestins. Les altérations organiques qu'on rencontre sont tout-à-fait analogues à celles que nous avons déjà décrites.

Le commencement de cette maladie est souvent obscur, insensible même pour le malade : des digestions pénibles semblent seules l'annoncer ; on n'observe aucun des symptômes qui accompagnent les phlegmasies. Les progrès de cette affection sont lents et gradués ; ce n'est qu'au bout d'un temps quelquefois considérable qu'on peut reconnaître cette terrible maladie.

Etranglement des intestins.

Les étranglements des intestins sont rares : j'en ai cependant observé plusieurs. Leurs signes sont ceux des entérites les plus violentes, auxquels on doit ajouter le vomissement des matières fécales, et la suppression complète des selles ; enfin tous les signes des hernies étranglées.

Leurs caractères organiques sont très variables, ce sont presque toujours des adhérences périto-

néales qui leur donnent lieu de mille manières différentes. J'ai vu le corps frangé de l'ovaire droit contracter des adhérences avec le rectum, la masse intestinale passer dans l'espace compris entre cette bride et le sacrum, remonter par la partie antérieure, c'est-à-dire par l'espace compris entre le pubis et cette même bride, retomber encore dans le premier espace, et se trouver ainsi comprise dans une espèce de nœud coulant. J'ai vu un fait tout-à-fait analogue, produit par l'adhérence de l'extrémité libre de l'appendice vermiculaire du cæcum ; cette espèce de lien comprenait une portion de la masse intestinale qui s'était repliée deux fois sur elle. Des sacs herniaires, réduits avec le paquet des intestins, peuvent causer les accidents de l'étranglement. On prétend que l'invagination d'une portion d'intestin peut occasioner des accidents semblables, et souvent même la mort. Des ouvertures nombreuses d'individus morts de maladies du cœur, des poumons ou du cerveau, m'ont prouvé que cette disposition existait dans un très grand nombre de cas sans déterminer la plus légère altération fonctionnelle.

Le resserrement des intestins, produit par l'inflammation chronique de leurs parois, par leur dégénérescence squirrheuse, etc., donne lieu aussi à des phénomènes fonctionnels analogues à ceux de l'étranglement, mais ne peut être regardé cependant comme identique. On peut reconnaître

la cause organique de ces désordres fonctionnels aux signes qui caractérisent les inflammations chroniques, les cancers, etc.

Lorsque les intestins ont été étranglés, ils présentent l'aspect que nous avons décrit en parlant de l'entérite violente ; ils sont ordinairement distendus au-dessus de l'étranglement, et plus rouges, plus violacés ; cette couleur cesse ordinairement un peu au-dessous de l'obstacle.

Dysenterie, colite.

C'est avec raison, selon nous, qu'on a réuni ces deux affections. La dysenterie nous paraît bien être une inflammation des gros intestins, inflammation qui s'étend quelquefois aux intestins grêles, et même jusqu'à l'estomac ; mais nous ne croyons pas que la dysenterie soit toujours une inflammation simple : nous pensons au contraire que dans bien des cas elle est d'une nature spécifique ; qu'elle est susceptible de se transmettre par contagion, et que son traitement doit être modifié et ne pas consister exclusivement dans les moyens antiphlogistiques. Nous avons admis des angines spécifiques, des entérites spécifiques : nous ne voyons pas pour quelle raison on rejetterait la colite spécifique, lorsque tous les faits concourent à prouver que cette affection peut se transmettre par contagion, et que tous les bons observateurs fourmillent d'exemples qui prouvent que le traite-

ment antiphlogistique a été infructueux, et que des traitements empiriques ont obtenu les plus grands succès.

Colite simple.

Elle s'annonce par des douleurs d'abord sourdes, profondes, irrégulières, peu prononcées, dans l'arc du colon, entre l'ombilic et l'épigastre; ces douleurs descendent jusque vers le rectum, la pression semble les soulager. Bientôt des envies d'aller à la garde-robe, précédées de borborygmes, se manifestent; le malade peut d'abord les satisfaire, et l'évacuation abondante de matières fécales naturelles le soulagent considérablement; mais ce soulagement n'est que momentané, bientôt de nouvelles envies se déclarent, et sont suivies de l'expulsion de matières liquides, âcres, fétides, qui produisent un sentiment d'ardeur et de cuisson au rectum. Ces matières cessent de contenir des résidus alimentaires; elles sont simplement muqueuses, bilieuses, écumeuses, sanguinolentes. Les envies d'aller à la selle se répètent à chaque instant, et sont suivies de tentatives vaines; quelquefois les malades excrètent des espèces de fausses membranes. La bile, le mucus, le sang pur ou mêlé à ces matières, continuent à être excrétés pendant un temps plus ou moins long, et finissent par être remplacés par une matière pultacée, grisâtre, puriforme. Il n'est pas rare de voir la consti-

pation succéder à ces accidents; le malade ne rend plus que des matières très dures, enveloppées de mucosités, teintes de sang. Lorsque cette maladie se termine par résolution, tous les phénomènes diminuent graduellement d'intensité : dans le cas contraire, les coliques, les épreintes, le ténesme, persistent; les traits de la face s'altèrent profondément; le malade tombe dans un collapsus, une prostration extrême des forces, et meurt.

Cette affection est ordinairement annoncée par les phénomènes précurseurs des phlegmasies; elle est aussi accompagnée des mêmes phénomènes généraux : cependant on l'observe fréquemment sans appareil fébrile, et dans certains cas le pouls est petit, concentré, fréquent.

La durée et la marche de la dysenterie simple, sporadique, n'ont rien de fixe et de déterminé; elle ne se prolonge guère au-delà du troisième septénaire. Après la mort on trouve dans le gros intestin des altérations analogues à celles que nous avons décrites, c'est-à-dire rougeur, tuméfaction de la membrane muqueuse; exsudation puriforme, ulcération qui s'étend quelquefois jusqu'au péritoine, épaississement des membranes, rétrécissement de l'intestin, ou au contraire amincissement et dilatation, plaques gangréneuses, etc.

Colite spécifique.

C'est principalement à cette affection que con-

vient la description que les auteurs nous ont donnée de la dysenterie : elle paraît occasionée par infection, et pouvoir se transmettre par contagion. Jusqu'ici les ouvertures de corps n'ont pas encore reconnu de différences anatomiques dans le siége de cette maladie ; mais il est possible, il est même vraisemblable, que, comme la dothinentérite, elle affecte quelque partie d'une manière spéciale : c'est ce que démontreront sans doute des observations ultérieures.

Quoi qu'il en soit, dans cette affection, les symptômes précédents sont portés à un bien plus haut degré d'intensité : douleurs intolérables, envies non interrompues d'aller à la garde-robe ; selles liquides, séreuses, sanglantes, purulentes, noires, d'une insupportable fétidité ; accablement physique et moral ; pouls petit, insensible ; soif vive ; peau sèche, aride ; face altérée, terreuse ; hoquet, pouls misérable, météorisme du ventre ; froid général, insensibilité, mort.

Il ne faut pas croire que la colite soit bornée au colon, elle envahit bien souvent les autres portions des intestins ; elle peut s'étendre jusqu'à l'estomac. En général les trois membranes s'enflamment dans cette dernière espèce de phlegmasie. Bien plus, l'inflammation peut se propager à tous les viscères abdominaux, au foie, à la rate, aux reins, à la vessie, etc., et même à tous les organes de l'économie animale, aux poumons, au larynx,

au pharynx, au cœur, et principalement au cerveau et à ses enveloppes. De là cette multitude de symptômes qu'elle peut offrir dans une épidémie; de là ces espèces, ces variétés sans fin, ces innombrables complications admises par les auteurs, et qui, chez les monographes, rendent cette maladie si difficile à étudier.

La médecine organique, apprenant à rapporter chaque altération fonctionnelle à l'organe chargé de la fonction affectée, apprend à distinguer de la manière la plus facile et la plus simple toutes ces complications, bien propres à égarer ceux que sa lumière n'éclaire pas.

Ce serait vouloir tomber gratuitement dans des redites continuelles que de répéter la description des altérations que cette maladie laisse après elle. Couleur rose, rouge, livide, violette, par plaque, stries, etc.; épaississement de la membrane muqueuse, musculeuse, et souvent inflammation du péritoine; ecchymoses, fausses membranes, ulcérations, étranglements, compressions; gangrène, etc.: telles sont les dégénérescences les plus fréquentes que la dysenterie laisse après elle.

Colite chronique.

La maladie dont nous parlons est susceptible de passer à l'état chronique, mais alors la douleur est moins vive; elle a toujours le même siége, mais elle augmente peu par la pression. Les matières ex-

crétées varient singulièrement : elles sont blanches, grisâtres, pultacées, puriformes ; elles ne contiennent plus de sang ; elles sont quelquefois séreuses, liquides, très abondantes ; les selles sont fréquentes ; il n'existe plus de ténesme ou d'épreintes ; des borborygmes, des douleurs obscures, précèdent chaque évacuation intestinale ; celle-ci est souvent involontaire.

La face est pâle, altérée, terreuse ; la faiblesse considérable, le pouls petit, la peau froide ; le malade éprouve de fréquentes syncopes, etc. On a distingué plusieurs degrés de colites chroniques, suivant leur intensité ; mais ces distinctions s'établissent d'elles-mêmes au lit du malade.

C'est à la maladie dont nous parlons qu'on a plus particulièrement donné le nom de diarrhée ; mais ce symptôme peut appartenir à l'entérite chronique, et aussi n'être produite que par une simple augmentation d'exhalation, ainsi que nous l'avons vu.

La colite chronique peut durer un temps illimité ; sa résolution est difficile. Lorsqu'elle se termine par la mort, on trouve en général les parois intestinales épaissies, mollasses, quelquefois ulcérées. Je ne sais si l'on doit rapporter à l'effet de l'inflammation chronique une altération que j'ai déjà décrite dans cet ouvrage : les parois de l'intestin sont diaphanes, elles paraissent amincies ; la membrane muqueuse est lâche, boursouflée, in-

filtrée d'une grande quantité de sérosité. Cette infiltration séreuse, véritable œdème, très fréquent chez les vieillards, est souvent la suite de maladies du cœur ou d'autres affections éloignées, et dans ce cas cette altération ne me paraît nullement inflammatoire, non plus que la diarrhée qui en résulte.

Cancer du colon.

Aux symptômes que nous venons de décrire pour les affections précédentes, si l'on ajoute une tumeur circonscrite, plus ou moins dure, fixe et en général adhérente, douloureuse à la pression, lancinante, non pulsative, dans le trajet du colon; la persistance des accidents, la couleur jaune paille de la peau, etc., on devra reconnaître la dégénérescence cancéreuse de cet intestin. Les altérations organiques sont d'ailleurs les mêmes que nous avons déjà signalées.

Diarrhée.

L'augmentation de l'exhalation muqueuse intestinale est bien, dans la très grande majorité des cas, un phénomène purement symptomatique. Il indique une irritation légère, ou une inflammation profonde des intestins, une altération chronique de divers organes, etc.; mais de même que l'augmentation de l'exhalation cutanée peut avoir lieu sans travail inflammatoire et sans lésions éloignées, de même il me semble que l'exhalation

intestinale peut survenir sans ces causes. L'ingestion de substances qu'on nomme relâchantes, laxatives, peut procurer une abondante exhalation muqueuse sans déterminer d'irritation, comme l'impression d'une atmosphère chaude et humide détermine la sueur sans causer d'inflammation à la peau, etc.

La diarrhée non inflammatoire et non symptomatique d'une lésion d'organe plus ou moins éloignée se reconnaîtra à l'absence de la douleur, de la chaleur, de la soif, de la fièvre, etc. Elle constituera plutôt une indisposition passagère qu'une véritable maladie, mais il ne faut pas oublier qu'elle est presque toujours symptomatique.

Gastro-entérite.

Il est assez rare que l'inflammation se borne d'une manière exclusive à une seule portion du conduit intestinal. Bien plus souvent elle envahit à la fois l'estomac et une étendue variable des intestins grêles, ou bien une partie de ceux-ci et le gros intestin ; de manière que les symptômes que nous avons attribués à chaque partie supposée enflammée seule, se présentent assez rarement dans l'état d'isolement que nous avons admis. Mais cette méthode d'analyse est très propre à faire reconnaître quelles sont les diverses parties malades et l'étendue de la maladie.

Maintenant, pour avoir une idée de la gastro-

entérite, il suffit de rapprocher, par le souvenir, les phénomènes fonctionnels morbides auxquels donne lieu les diverses inflammations partielles que nous avons décrites, et les altérations morbides que l'on trouve après la mort. En réunissant ainsi les signes de la gastrite, ceux de la duodénite, de l'entérite, de la colite, on aura le tableau complet de la maladie dont nous parlons; mais s'il est rare que ces diverses inflammations soient isolées, il n'est pas plus commun de les rencontrer toutes réunies. Pour éviter des répétitions superflues nous nous abstiendrons d'une description nouvelle de ces maladies.

Comme ces diverses phlegmasies partielles, la gastro-entérite peut être simple et aiguë. C'est sans contredit sa manière d'être la plus ordinaire. Comme elles, elle peut aussi être spécifique; enfin elle peut prendre comme elles la marche chronique.

Nous voici parvenus à l'une des questions les plus importantes qui aient été agitées dans ces derniers temps. On a prétendu que les différentes espèces de fièvres continues n'étaient autre chose que des gastro-entérites variant par quelques nuances purement symptomatiques, par quelques dispositions individuelles, et par l'influence de certaines circonstances au milieu desquelles elles prenaient naissance. On a dit, par exemple, que la *fièvre inflammatoire* était une gas-

tro-entérite légère survenant chez un sujet pléthorique ; que la *fièvre gastrique* était une *gastro-duodénite* survenant chez un sujet d'une constitution bilieuse, se montrant principalement dans les saisons et les climats chauds ; que la *fièvre muqueuse* était une gastro-entéro-colite, et même bronchite, survenant dans les temps et les pays humides et froids, et chez les sujets lymphatiques ; que la *fièvre adynamique* était une *gastro-entérite* grave, ainsi que la *fièvre ataxique;* que dans celle-ci les phénomènes cérébraux étaient purement sympathiques ; enfin que le *typhus*, la *fièvre jaune* et la *peste* n'étaient que des gastro-entérites modifiées par les localités, la chaleur, l'humidité, etc. Si ces assertions étaient parfaitement exactes, rien ne serait plus satisfaisant puisqu'on serait parvenu à la connaissance précise des altérations organiques, à celle de la nature de la maladie, et par suite à un traitement rationnel. Malheureusement il n'en est pas tout-à-fait ainsi. Voici notre manière de voir à cet égard.

Nous avons déclaré que, ne croyant pas qu'un désordre fonctionnel quelconque pût arriver sans altération d'organe, nous ne croyions pas qu'il pût exister de fièvres sans siége. Nous avons dit aussi que nous croyions à l'existence de maladies spécifiques et d'altérations des fluides ; nous croyons même avoir démontré ces propositions fondamentales de notre système médical. Eh bien, nous

croyons que les fièvres dites inflammatoires sont bien réellement le résultat d'une irritation intestinale ou autre survenant chez un sujet pléthorique; que la fièvre bilieuse continue est une gastro-duodénite; que la fièvre muqueuse est aussi une inflammation des membranes muqueuses; mais que bien souvent elle offre un caractère de spécificité, ainsi que l'a observé M. Bretonneau dans la dothinentérite; que la fièvre adynamique se manifeste chez des sujets affectés d'inflammations gastro-intestinales ou autres, non pas seulement par l'intensité de l'inflammation, comme on l'a prétendu d'une manière exclusive, mais par une faiblesse directe du sujet, par un abus du traitement antiphlogistique, et peut-être aussi par une cause infectante, miasmatique, qui peut avoir altéré les fluides de l'organisme. Nous croyons que la fièvre ataxique n'est pas seulement une gastro-entérite avec phénomènes sympathiques cérébraux, mais bien plus souvent une méningite ou une encéphalite, simple dans la majorité des cas, et, dans quelques circonstances d'épidémies ou autres, occasionées par un poison miasmatique.

Enfin nous croyons que le typhus, la fièvre jaune et la peste peuvent aussi être de véritables gastro-entérites; mais pour ces dernières nous croyons que la *cause miasmatique constitue le phénomène principal* de la maladie; que cette cause porte son action sur les fluides de l'économie, les

altère, les décompose; et qu'ensuite, lorsqu'il se manifeste des phlegmasies, ces phlegmasies ne sont que des phénomènes consécutifs secondaires d'une moindre importance.

Il y a dans le typhus, dans la fièvre jaune, dans la peste, autre chose que la gastro-entérite. Ce qui le prouve, c'est que dans nos hôpitaux nous avons des gastro-entérites à tous les degrés, et nous n'avons ni typhus, ni fièvre jaune, ni peste. Ce qui le prouve, c'est que pour développer ces maladies il faut la circonstance d'une cause particulière. Dans le typhus, c'est un grand encombrement d'individus malades; dans ce cas le miasme est une exhalation animale qui a subi une certaine altération, et qui a contracté la funeste propriété de développer et de transmettre par infection ou par contagion une maladie qui offre les mêmes traits, le même caractère. Dans la fièvre jaune, ce sont des matières animales et végétales en décomposition par le retrait des eaux, dans des lieux marécageux, une forte chaleur, etc., causes qui développent et propagent par contagion ou par infection une maladie aussi d'une nature particulière. Dans la peste, ce sera de même une cause spécifique analogue, moins connue dans sa nature, mais malheureusement rendue aussi certaine par ses effets terribles, par ses affreux ravages. C'est donc cette cause spécifique qui s'introduit dans l'organisme, principalement par l'ab-

sorption pulmonaire, qui constitue la circonstance importante, capitale, de ces maladies, dont la gastro-entérite, qui existe bien réellement, dans le plus grand nombre de cas, n'est qu'un phénomène secondaire.

Mais cette gastro-entérite même n'existe pas toujours, ce qui n'empêche pas le caractère de la maladie. J'ai vu des individus atteints de typhus qui étaient affectés de pneumonies, de catarrhes, d'encéphalites, et qui n'avaient pas de gastro-entérites ; ce qui prouve encore que cette affection gît dans l'altération des fluides de l'économie, ainsi que la fièvre jaune et la peste, et non dans l'inflammation viscérale développée sous l'influence de ces causes.

Nous croyons donc que les inflammations qui existent, intestinales ou autres, ne sont nullement propres à faire connaître le caractère de ces maladies ; que le médecin doit surtout faire attention à la cause miasmatique ; que c'est là le point le plus intéressant ; qu'on se tromperait lourdement, et d'une manière bien funeste à l'humanité, si l'on croyait que les phlegmasies nées sous ces influences dussent être traitées comme des phlegmasies simples ; enfin que la cause toxique doit fournir les principales indications, sans égard pour les phlegmasies secondaires. Ces conclusions sont un peu différentes de celles de la doctrine dite physiologique.

En résumé nous ne nions pas l'existence de lésions locales dans les fièvres continues ; nous les croyons même nécessaires, parceque sans elles il ne pourrait y avoir d'altérations fonctionnelles ; mais nous pensons que ces phlegmasies sont la plupart du temps spécifiques, et même secondaires.

La gastro-entérite simple est susceptible de se compliquer avec la plupart des phlegmasies ; ce qui donne lieu à des groupes de symptômes très variés, qui, mal appréciés par les auteurs, ont été décrits sous une multitude de noms particuliers.

Ainsi il n'est pas rare de rencontrer, concurremment avec la gastro-entérite, l'inflammation de la bouche, du pharynx, de l'œsophage ; l'inflammation des glandes lymphatiques du mésentère, celle des organes de la respiration : mais les plus fréquentes, peut-être, de ces complications, ce sont les phlegmasies de la peau. L'encéphalite, la méningite, sont fréquemment accompagnées de gastro-entérite, ou bien se développent sous l'influence de cette dernière. Enfin l'hépatite, la néphrite, la cystite, etc., peuvent exister avec la gastro-entérite. Mais qu'on ne croie pas pour cela, ainsi qu'on l'a affirmé dans ces derniers temps, que la gastro-entérite soit le point de départ de toutes ces phlegmasies, ou leur aboutissant nécessaire, chaque or-

gane ayant ses excitants propres, ayant une existence jusqu'à un certain point indépendante, ayant son mode particulier d'organisation, peut être, comme il l'est effectivement, altéré d'une manière primitive et isolée.

Pour avoir le tableau des diverses complications que nous venons de signaler, il suffit de réunir à la gastro-entérite les caractères fonctionnels et organiques de chacune de ces maladies. On s'exposerait à reproduire toute la nosographie à la description de chaque maladie, si l'on voulait décrire en détail toutes les complications; c'est ce que certains auteurs ne craignent pas de faire. Nous sommes plus avares du temps et de la patience des élèves, et nous avons plus de confiance dans leur intelligence.

Péritonite.

De toutes les maladies qui peuvent être le plus facilement confondues les unes avec les autres, il n'en est sans doute pas de plus difficiles à distinguer que la gastro-entérite et la péritonite; bien que l'erreur ne fût pas extrêmement grave, puisque ce sont deux maladies de la même nature, nous allons nous efforcer d'en faire sentir les différences.

On distingue plusieurs espèces de péritonites : la péritonite aiguë, la péritonite chronique. Elles sont l'une et l'autre générales ou partielles; enfin,

d'après la cause qui la produit, on a admis une péritonite puerpérale.

Ordinairement, après un frisson d'une durée et d'une intensité variables, une douleur vive, pongitive, brûlante, circonscrite ou étendue, fixe ou mobile, se fait sentir dans l'abdomen ; elle est en général superficielle, principalement lorsque la péritonite occupe les parois de l'abdomen. La moindre pression est intolérable ; le poids le plus léger, celui des couvertures, devient insupportable. Les parois abdominales sont dures, tendues et comme ligneuses ; lorsque la pression est possible, elles ne fléchissent pas dans un point, mais dans une étendue plus ou moins considérable ; le ventre se tuméfie. A ces signes locaux se joint le trouble des fonctions intestinales ; des nausées, des borborygmes, des vomituritions, des vomissements de matières alimentaires, de mucus, de bile, et souvent même de matières stercorales, lorsqu'un étranglement intérieur est la cause de l'inflammation. Le dévoiement accompagne ordinairement cette phlegmasie ; en même temps la bouche est amère, sèche, la langue rouge ou sale, la soif plus ou moins ardente ; la respiration est gênée, et principalement l'inspiration, à cause de la compression exercée par le diaphragme et le foie sur le péritoine enflammé. On a pensé dans ces derniers temps, ainsi que nous allons le voir tout à l'heure, que le diaphragme lui-même était douloureux. Le pouls

est petit, concentré ; la peau chaude et sèche ; l'urine rouge et rare ; la face est altérée, les traits sont concentrés. Le décubitus a lieu sur le dos ; cependant si le plan était horizontal, le malade ne pourrait pas conserver cette position : il faut que la tête soit un peu élevée, et les cuisses fléchies sur le bassin.

La péritonite intense se termine en général d'une manière funeste au bout de peu de jours, quelquefois en vingt-quatre heures, rarement après le troisième septénaire. Lorsque la mort a lieu, les symptômes font des progrès alarmants ; les forces abandonnent le malade, le hoquet se manifeste, le pouls devient insensible, la peau froide, la face se décompose, le cortége des phénomènes nerveux se présente, et le malade succombe. Tels sont les signes qui précèdent la mort dans le cas d'inflammation très aiguë. Lorsque la marche est un peu moins rapide, on peut observer tous les phénomènes locaux et généraux d'une collection séro-purulente.

Dans quelques cas moins graves, lorsque la péritonite est locale, ce qui ne s'observe guère que dans les péritonites par cause mécanique, la résolution peut avoir lieu ; alors les symptômes diminuent insensiblement, ou d'une manière plus ou moins rapide. Lorsqu'il s'est formé un épanchement séreux, ou séroso-purulent, ou même purulent, la mort n'est pas toujours nécessaire. Cet

épanchement peut être résorbé ; il peut s'établir une communication entre la cavité du péritoine et les intestins, etc. On reconnaît que l'épanchement se forme, à la diminution de la douleur, au gonflement, à l'empâtement du ventre, à l'infiltration des parois et des extrémités pelviennes ; enfin, et plus sûrement, à la fluctuation.

Lorsque la péritonite arrive à la suite de l'accouchement, le ventre, dont les parois ont subi une distension considérable, et qui n'a pas repris encore sa résistance naturelle, acquiert un volume plus grand que dans la péritonite ordinaire ; les lochies sont supprimées, les mamelles affaissées, la sécrétion du lait suspendue, etc.

Si la péritonite est partielle, les phénomènes locaux, semblables à ceux que nous venons d'exposer, sont circonscrits, et les phénomènes généraux moins prononcés.

Lorsque la péritonite s'est terminée par la mort, et d'une manière prompte, le péritoine est rouge, injecté, quelquefois violet, ordinairement sec. On trouve cependant les intestins distendus par des gaz agglutinés ensemble au moyen d'une exsudation albumineuse concrète ; lorsqu'on les sépare, leurs faces contiguës paraissent aplaties. Si la maladie a duré quelques jours, les intervalles des circonvolutions intestinales et la cavité du petit bassin contiennent un fluide trouble, jaune, verdâtre, tenant en suspension ou laissant précipiter

des flocons albumineux, de véritables fragments de fausses membranes non organisées. De fausses membranes semblables tapissent quelques portions du péritoine et des intestins; ceux-ci offrent des plaques violettes, noires, et quelquefois de véritables eschares gangréneuses. Dans certains cas, de la bile, des matières alimentaires ou fécales sont mêlées au liquide séreux-purulent; on découvre ordinairement alors l'ouverture qui a permis leur introduction dans la cavité péritonéale.

La péritonite peut passer à l'état chronique, ou se montrer d'abord avec ce caractère; les symptômes sont alors moins prononcés; la douleur abdominale est moins vive, plus obscure, et ne se découvre souvent que par la pression; mais on observe toujours cette tension, cette dureté du ventre caractéristique que nous avons signalée. L'empâtement est ici plus marqué, et la fluctuation ordinairement plus sensible que dans la variété précédente, parcequ'il est possible d'exercer la percussion: cependant cette percussion, ainsi que toutes les secousses imprimées, augmente en général la douleur. On a avancé que les malades éprouvaient le sentiment d'une boule qui roulait dans l'abdomen et tendait à remonter vers la gorge; mais l'expérience n'a pas confirmé cette proposition.

Le pouls est petit, plus fréquent, plus accéléré

le soir ; la respiration est gênée, surtout par l'accumulation de la sérosité. Il n'y a ni vomissement ni diarrhée ; l'appétit est même conservé. Il existe souvent de la constipation ; mais le malade maigrit, dépérit de jour en jour ; la face devient terreuse, les yeux sont brillants, et les pommettes colorées dans les paroxysmes ; enfin l'épanchement acquiert un volume considérable, l'infiltration générale se déclare, et le malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long, après être passé par tous les degrés du marasme et de la fièvre hectique.

Les *altérations organiques* que l'on rencontre à la suite de la péritonite chronique sont à peu près les mêmes que celles de la péritonite aiguë ; seulement l'épanchement est ordinairement plus considérable. Le péritoine est souvent parsemé d'espèces de granulations transparentes, grises ou noirâtres, qui lui donnent un aspect chagriné. Dans certains cas il est comme diapré de linéaments, de plaques de couleur entièrement noire, et, suivant M. Andral, tout-à-fait mélaniques. Le péritoine est souvent épaissi, ou du moins a perdu sa transparence. Lorsqu'on trouve de véritables tubercules, ou une dégénérescence cancéreuse, il faut admettre, outre l'inflammation qui a favorisé leur développement, une disposition particulière. On peut aussi trouver le péritoine couvert de plaques cartilagineuses, osseuses, etc. : il est douteux que ces pro-

ductions soient de véritables transformations de cette membrane.

M. Alphonse Devergie présenta, en 1823, à la faculté de médecine, une thèse ayant pour titre : *Essai sur l'exploration de l'abdomen à l'aide de la vue et du toucher, envisagée sous le rapport du diagnostic des maladies qui sont du ressort de la pathologie interne.* Entre autres considérations intéressantes, l'auteur y établit un signe au moyen duquel on peut reconnaître l'inflammation du péritoine. Ce signe lui ayant paru à peu près certain, il s'est déterminé à l'exposer plus tard dans un mémoire particulier.

M. Devergie pose en thèse générale, que toutes les fois qu'une phlegmasie affecte une membrane, soit séreuse, soit muqueuse, et que cette membrane est tapissée par un plan musculaire appartenant ou à la vie organique ou à la vie animale, elle communique à ce plan un degré d'irritation qui est en raison de l'intensité de la phlegmasie de la membrane elle-même; ce qui occasione une contraction organique des fibres musculaires, les rend plus denses, les raccourcit sensiblement, les empêche de s'étendre si elles sont disposées en plan, et produit le rétrécissement des canaux si elles sont circulaires. Si donc il existe une péritonite circonscrite, on observe, outre une légère augmentation du volume du ventre, une résistance très manifeste à la pression, qui ne permet pas aux

parois de céder localement, mais produit leur dépression, à la manière d'une toile tendue, dans un espace plus ou moins grand. Il est possible de reconnaître par ce moyen jusqu'à l'étendue de l'inflammation ; la peau cède et glisse sur la portion ainsi contractée. Les muscles, dans ces cas, sont eux-mêmes douloureux. D'où M. Devergie tire la conclusion que la respiration n'est gênée et douloureuse que dans l'inflammation du péritoine diaphragmatique; que la flexion en avant n'est douloureuse que par cette disposition dans la péritonite des parois abdominales, propositions qui paraîtront peut-être un peu hasardées.

D'après le principe émis précédemment, l'auteur pense que la forme du ventre doit servir à faire reconnaître la gastro-entérite intense. En effet, dans cette phlegmasie l'abdomen sera déprimé sur les côtés, et saillant vers l'ombilic où se seront ramassés les intestins contractés et agglomérés.

Cancer du rectum.

Les principes de cette affection sont obscurs. Les signes que l'on observe alors peuvent être facilement confondus avec ceux de plusieurs autres maladies. La pesanteur des lombes et du rectum, des épreintes, les efforts vains de défécation, l'issue d'une certaine quantité d'un liquide séreux, sanguinolent, la douleur que les matières alvines, surtout lorsqu'elles sont consistantes, font éprou-

ver à leur passage, se rencontrent dans toutes les maladies du rectum : hémorrhoïdes, ulcères syphilitiques, dartreux ou simples, etc., toutes s'accompagnent de ces phénomènes. Mais à une époque plus avancée les altérations locales sont faciles à reconnaître. L'extrémité de l'intestin est consistante, dure, le canal est rétréci au point que l'excrétion des matières devient d'une extrême difficulté; elles ne sortent plus que très amincies, déformées, ou rendues liquides par les mucosités intestinales. Le doigt ne peut pénétrer dans le rectum, un bourrelet très résistant s'y oppose; quelquefois l'extérieur de l'anus est parsemé de petites tumeurs qu'on pourrait confondre avec les tumeurs hémorrhoïdales, syphilitiques, etc.; mais elles sont en général bien plus consistantes. De pareilles tumeurs sont répandues sur la face interne de l'intestin; des douleurs lancinantes, souvent insupportables, ont remplacé les simples pesanteurs lombaires; bientôt cette induration squirrheuse s'ulcère, et l'ouverture anale se trouvant accidentellement agrandie, les matières alvines sortent avec plus de facilité. Le médecin attentif, loin d'en concevoir quelque espérance décevante, ne reconnaîtra là que les progrès d'un mal incurable. Un fluide séreux, ichoreux, sanguinolent, d'une extrême fétidité, s'écoule des parties ulcérées. Des douleurs atroces, des déchirements se font sentir; le malade éprouve des borboryg-

mes, des gaz, des éructations fétides, et si l'occlusion est complète, des vomissements de matières fécales; la nutrition cesse, l'individu dépérit; la face est pâle et jaunâtre, le pouls petit, fréquent; enfin tous les caractères de l'infection cancéreuse générale et de la fièvre hectique se déclarent, et le malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long.

Quelquefois le cancer ne commence pas par un endurcissement squirrheux, mais par une ulcération primitive de la membrane muqueuse; la marche de la maladie est alors plus rapide. A l'ouverture on trouve les altérations organiques que nous avons déjà décrites. La partie de l'intestin placée au-dessus de la tumeur, est ordinairement très dilatée; il est même possible qu'elle se rompe en travers, et laisse épancher les matières dans l'abdomen.

Hémorrhoïdes.

Ce nom porte quelques acceptions différentes que nous allons faire connaître. Il a été principalement affecté aux hémorrhagies qui ont lieu par le rectum, et par extension à des tumeurs qui ont leur siége sur cet intestin.

Comme toutes les hémorrhagies, celle du rectum peut être idiopathique, primitive, critique, acritique, supplémentaire, accidentelle, habituelle, symptomatique, consécutive, hypersthé-

nique, hyposthénique et neutre; de sorte que tout ce que nous avons dit des hémorrhagies en général est entièrement applicable à celle-ci. Relativement aux moyens thérapeutiques, il peut être important de distinguer à quelle espèce d'hémorrhagie on a affaire; et cette connaissance n'est pas non plus sans intérêt sous le rapport du pronostic. Le flux hémorrhoïdal peut donc dépendre de la simple exhalation sanguine de la membrane du rectum, et peut-être aussi du colon. Cette exhalation sanguine se distingue de l'hémorrhagie dépendante des tumeurs hémorrhoïdales par l'absence de ces tumeurs. Cette hémorrhagie s'annonce fréquemment par une chaleur, une douleur vers le fondement, un frisson général, le refroidissement des extrémités, la pesanteur des lombes. Bientôt le sang s'écoule en quantité variable, d'une manière continue; il est alors plus ou moins rouge, vermeil et liquide : ou, par intervalle, et après avoir séjourné un certain temps dans le rectum; il est alors noirâtre et réuni en caillots. La quantité de sang peut être telle que la mort peut promptement survenir : si l'hémorrhagie est long-temps prolongée, elle peut jeter le malade dans un profond affaiblissement, dans le marasme et causer la mort. Le flux hémorrhoïdal est accompagné de douleurs dans la vessie, l'utérus, le rectum, les lombes, etc. Les phénomènes généraux varient suivant une multitude de

circonstances. Cette hémorrhagie se reproduit ordinairement d'une manière périodique.

On dit qu'elle est *primitive*, *idiopathique*, lorsqu'elle survient chez un sujet bien portant, qui n'éprouvait aucune autre affection; qu'elle est *critique*, lorsque, survenant dans le cours d'une maladie, elle est suivie du soulagement ou de la disparition des accidents; *acritique*, lorsque, dans les mêmes circonstances, elle ne soulage nullement le malade; *supplémentaire*, lorsqu'elle succède à une autre hémorrhagie qui a subitement disparu; *accidentelle*, lorsqu'elle semble arriver une fois et comme par hasard; *habituelle* ou *constitutionnelle*, lorsqu'elle semble être devenue, pour ainsi dire, physiologique, nécessaire; *symptomatique*, lorsqu'elle dépend d'une altération profonde de quelque organe, d'un cancer, par exemple; *consécutive*, lorsqu'elle vient à la suite d'une autre affection, comme d'un anévrysme; enfin *hypersthénique*, *hyposthénique* et *neutre*, suivant que les phénomènes généraux qui l'accompagnent appartiennent à l'un de ces trois états.

L'hémorrhagie dont nous parlons est plus ordinairement produite par l'exhalation ou la rupture de tumeurs qui occupent l'extrémité inférieure du rectum, et qu'on a nommées *tumeurs hémorrhoïdales*. Ces tumeurs s'annoncent par des signes précurseurs analogues à ceux que nous venons d'exposer. Il survient à la marge de l'anus une ou

plusieurs tumeurs, ordinairement de la grosseur d'un pois, quelquefois atteignant le volume d'une noix, et même j'en ai vu, chez des femmes avancées en âge, de la grosseur du poing : elles sont rondes ou irrégulières, lisses, rouges, brunes, violettes, élastiques, rénitentes, chaudes, douloureuses, lancinantes, pulsatives. Lorsqu'elles sont placées à une certaine hauteur, on ne peut les voir que lorsque le malade fait des efforts pour aller à la selle, ou même elles ne sont sensibles qu'au toucher. On dit alors qu'elles sont *internes.* Dans certains cas elles laissent échapper, soit par exhalation, soit par solution de continuité, une certaine quantité de sang; alors elles sont fluentes : on les dit non fluentes dans le cas contraire. Ces tumeurs sont tendues, dures, douloureuses, pulsatives pendant quelques jours, après quoi, naturellement ou par les moyens hygiéniques et thérapeutiques, elles s'affaissent, se rident, pâlissent, reviennent sur elles-mêmes et disparaissent. Lorsque l'irritation est vive, elle se propage à la membrane du rectum, et détermine une exhalation muqueuse puriforme; l'inflammation peut gagner les parties environnantes, le tissu cellulaire, produire des abcès stercoraux, des fistules anales, des douleurs continuelles, vives, exacerbantes, qui obligent le malade à garder la position horizontale, et qui s'exaspèrent par le contact et surtout par les efforts de défécation. Des phénomènes géné-

raux de réaction plus ou moins prononcés accompagnent l'inflammation de ces tumeurs. La durée de ces accidents est variable ; mais lorsque les tumeurs ont été affaissées pendant un temps indéterminé, plusieurs mois ou même plusieurs années, ils peuvent se reproduire, et se montrent alors avec une plus grande intensité. On a vu quelquefois le cancer du rectum succéder aux hémorrhoïdes.

On pensait autrefois que ces tumeurs étaient des varices des veines hémorrhoïdales : bien que cette opinion ne soit pas entièrement rejetée, et que, dans quelques cas, il en soit ainsi, cependant des dissections très attentives ont prouvé qu'elles étaient en général formées d'un tissu véritablement érectile, tel que nous l'avons décrit dans nos généralités.

Les tumeurs hémorrhoïdales ne peuvent être confondues avec le cancer, qui est plus dur, moins rouge, moins violet, moins élastique, plus lancinant, etc., ni avec les tumeurs syphilitiques, dont l'aspect n'est pas le même, qui sont de la couleur de la peau ou de la membrane muqueuse, et qui sont précédées d'une infection vénérienne, etc.

Hémorrhagie intestinale, mélæna.

C'est multiplier en pure perte la distinction des maladies, que d'admettre autant d'affections par-

ticulières qu'il existe de modifications symptomatiques. Ce que nous avons dit des hémorrhagies en général, de l'hématémèse en particulier, nous dispense d'entrer ici dans de nouveaux détails. Quant au nom de mélæna donné au vomissement et aux déjections d'un sang noir, il ne saurait être conservé, puisqu'il ne désigne qu'une variété de couleur, qui paraît être produite par le séjour plus ou moins long que le sang a fait dans les intestins.

D'ailleurs le diagnostic de cette affection ne saurait être difficile lorsque le sang est rejeté au dehors.

Hydropisie abdominale; ascite, hydropisie enkystée.

Ces deux maladies de l'abdomen, lorsqu'elles sont parvenues à un certain degré de développement, peuvent offrir entre elles de tels points de ressemblance que leur distinction devient très difficile. Nous étant assez longuement étendu sur leurs différences, dans la séméiologie diagnostique, p. 492. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Coliques.

On ne saurait douter que les douleurs abdominales ne soient, dans le plus grand nombre des cas, des symptômes des lésions nombreuses des organes contenus dans l'abdomen; mais on ne peut se refuser à admettre aussi que ces douleurs ne se montrent indépendantes d'aucune altération sensi-

ble. Les partisans les plus chauds de la nouvelle doctrine reconnaissent aujourd'hui des coliques qui ne sont pas le symptôme d'une phlegmasie ou d'une irritation, mais qui sont purement nerveuses.

Une douleur vive survient tout-à-coup sans phénomènes précurseurs dans un point de l'abdomen; cette douleur, fixe ou mobile, atteint rapidement le plus haut degré de violence; elle n'augmente pas par la pression, elle semble même diminuer par ce moyen; elle diminue un instant pour reparaître bientôt avec plus d'intensité; elle est accompagnée de la rétraction des parois abdominales, de borborygmes, de flatuosités, de constipation; la face du malade est pâle, abattue, exprime la douleur; le pouls est petit, quelquefois irrégulier, insensible; la respiration précipitée, la peau froide, surtout aux extrémités; quelquefois une sueur copieuse inonde le visage; des syncopes, des défaillances, viennent souvent augmenter le cortége des accidents graves. Bientôt, sans cause évidente, tous ces phénomènes se dissipent; le malade revient promptement à son état ordinaire; il ne lui reste qu'un brisement des membres, une lassitude générale. Aucun prodrome de phlegmasie, aucun appareil fébrile, aucunes suites ordinaires à l'inflammation, ne s'observent dans cette maladie, qu'on ne saurait s'empêcher de considérer comme une véritable névropathie. Sa durée n'est ordinairement que de quelques heures.

Il n'est pas impossible que le vomissement nerveux se joigne à ces symptômes, et ne constitue la maladie désignée par les auteurs sous le nom d'iléus ; mais il faut bien se garder d'admettre légèrement l'existence de cette affection. Il est rare qu'on ne doive pas rapporter ces symptômes à quelques unes des lésions sensibles que nous avons décrites.

Tubercules mésentériques, carreau, etc.

Que les inflammations gastro-intestinales aiguës ou chroniques produisent l'accroissement et même l'inflammation des ganglions mésentériques, et cela même très fréquemment, c'est ce qu'il n'est pas permis de révoquer en doute ; et les médecins qui se livrent avec quelque suite à l'étude de l'anatomie pathologique ont eu de fréquentes occasions de vérifier ce fait ; qu'une inflammation même peu prononcée de la membrane muqueuse intestinale produise le même résultat, c'est ce que nous ne voulons nullement contester ; qu'il puisse même arriver que la phlegmasie de l'intestin ayant disparu, les glandes mésentériques soient restées engorgées, c'est ce qui est très admissible : mais s'appuyer sur ces faits pour conclure que les ganglions tuberculeux sont constamment l'effet d'une inflammation, et d'une inflammation simple, c'est ce que les meilleurs observateurs refusent d'admettre encore aujourd'hui.

Les concessions précédentes doivent nous garantir du reproche d'opposition ; nous admettons les faits avancés par les auteurs modernes, mais nous ne pouvons les admettre sans restriction. Nous pensons que les tubercules mésentériques, comme tous les autres tubercules, dépendent d'une disposition particulière qui préexiste à la cause occasionelle qui en favorise le développement. Cette cause occasionelle peut être souvent l'inflammation des intestins; de sorte que cette inflammation développe simplement les ganglions lorsqu'elle est simple, ou des tubercules lorsque le germe en séjourne dans le mésentère. De là la facilité qu'ont eu les médecins dont nous parlons à persuader que l'inflammation suffisait pour développer les tubercules. D'autres fois l'affection tuberculeuse faisant des progrès peut faire naître l'entérite ; enfin rien n'empêche que ces deux affections ne marchent simultanément sans qu'il y ait dépendance mutuelle.

Mais il est prouvé par un grand nombre de faits que des tubercules crus, ou à divers degrés de développement, peuvent se rencontrer dans le fœtus, ou dans un âge très tendre, sans qu'il ait existé d'inflammation préalable. En outre, l'aspect d'un tubercule enkysté, ou simplement infiltré, diffère essentiellement de l'engorgement simple des glandes mésentériques. Ces considérations nous forcent de nous ranger de l'opinion de ceux qui recon-

naissent dans le carreau une cause particulière.

Lorsque le carreau est porté au point de produire quelques symptômes, ces symptômes, comme on peut bien le croire, ne peuvent être que ceux des inflammations intestinales chroniques. Il trouble d'abord les fonctions digestives, et cela ne saurait être autrement ; de là de nouveaux arguments pour affirmer que le carreau n'est qu'un effet de la gastro-entérite chronique.

Quoi qu'il en soit de ces discussions, le diagnostic de cette affection est on ne peut plus obscur. Cela se conçoit aisément, puisque les symptômes auxquels ils donnent lieu sont ceux de l'entérite chronique.

La tuméfaction du ventre, la diarrhée et la constipation alternatives, les vomissements glaireux, la dyspepsie; de l'irrégularité de l'appétit et de la digestion ; la couleur grise des fèces, l'urine lactescente, la pâleur de la face, l'abattement des yeux, la maigreur des extrémités contrastant avec le volume du ventre, l'odeur acide de la transpiration, etc., la marche lente de la maladie, symptômes qui accompagnent le carreau, ne sauraient caractériser cette maladie d'une manière positive, puisque tous ils appartiennent à d'autres maladies abdominales. Cependant si l'exercice augmente la douleur abdominale et les autres accidents, tandis que la présence des aliments n'ajoute rien à leur intensité ; si la douleur devient plus sensible par la

pression exercée d'arrière en avant sur les vertèbres lombaires, on pourra, d'après M. Guersent, fortement soupçonner l'existence des tubercules mésentériques. Enfin, vers la dernière période, il est un signe pathognomonique, mais malheureusement bien tardif, de cette maladie ; ce sont les inégalités dures, douloureuses à la pression, que font sentir les tubercules développés. Les matières fécales endurcies pourraient seulement en imposer ; mais elles ne sont jamais douloureuses, et ne persistent pas avec la même opiniâtreté.

Au reste M. Guersent pense que le carreau n'est presque jamais qu'un phénomène concomitant d'une autre affection, et non une maladie idiopathique ; il lui paraît être souvent la suite de la phthisie tuberculeuse pulmonaire, parvenue à son dernier degré. Les tubercules mésentériques lui ont paru consécutifs de cette dernière maladie, cinq fois sur six.

Les caractères génériques que nous avons attribués aux tubercules en général s'appliquent, avec quelques légères modifications, à ceux qui nous occupent. L'aspect des ganglions varie suivant qu'ils sont plus ou moins avancés, et qu'ils sont enflammés ou non. Dans le premier cas le ganglion est rosé, rouge, gorgé de sang, dur; la matière tuberculeuse est renfermée dans son tissu sous forme de petits grains ronds ou irréguliers, ou par stries et par plaques ; dans le second cas les ganglions

ne sont pas rouges ni durs; ils sont quelquefois plus pâles que dans l'état naturel; *la matière tuberculeuse semble leur être accolée et non identifiée avec eux; le tissu ganglionnaire diminue* en raison directe de l'*accroissement du tubercule*. Ces tubercules, comme tous les autres, sont infiltrés ou enkystés. Les ganglions, entièrement convertis en masse tuberculeuse, peuvent atteindre le volume d'un œuf; quelquefois la matière s'infiltre dans les lames du mésentère, et y forme des plaques de diverse étendue. Lorsque les tubercules sont à l'état de crudité, ils sont durs, et souvent *traversés de petits vaisseaux :* ils passent d'ailleurs par toutes les périodes des autres tubercules. Ils finissent par se ramollir, et ressembler à de véritables abcès de mauvaise nature. Le péritoine qui les recouvre est presque toujours sain; dans quelques cas il s'enflamme, et contracte des adhérences avec les intestins. On peut rencontrer avec ces tubercules des indurations ganglionnaires non tuberculeuses, des squirrhes, des encéphaloïdes, etc. La membrane muqueuse peut être enflammée, parsemée d'ulcérations vers la fin de l'iléon; mais ces ulcérations ne sont pas nécessaires à l'existence des tubercules qu'on observe indépendamment de ces lésions.

Vers intestinaux.

De tous les symptômes qu'on a attribués aux entozoaires, il n'en est aucun qui puisse annoncer

d'une manière certaine la présence de ces animaux dans les intestins. Il n'y a que leur expulsion au dehors qui soit le signe pathognomonique de leur existence ; encore lorsque les symptômes observés persistent, n'est-il pas certain qu'il existe des vers, on ne peut avoir que des probabilités. Les troubles fonctionnels que produisent ces vers étant les mêmes que ceux de l'irritation intestinale, il est presque impossible de déterminer s'ils sont dus à la présence de ces animaux ou à une irritation primitive ou consécutive. Cette identité dans les symptômes de l'affection vermineuse avec la gastro-entérite chronique a fait affirmer dans ces derniers temps que les vers eux-mêmes n'étaient que le résultat, que l'effet de cette inflammation, et par conséquent ne réclamait pas d'autre traitement. Cette conclusion erronée peut devenir trop funeste pour que la prémisse ne soit pas relevée ici. Dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, on a pris la cause pour l'effet. De ce que les vers sont toujours accompagnés d'irritation intestinale, on a affirmé qu'ils en étaient la suite ; mais la présence de ces corps ne doit-elle pas entraîner nécessairement les phénomènes de la gastro-entérite, puisqu'ils irritent inévitablement le canal alimentaire ? Les constitutions faibles, détériorées ; les enfants nourris de bouillie, d'aliments fades, qui ne boivent que de l'eau, sont les plus exposés aux vers ; ceux qui se nourrissent

d'aliments succulents, réparateurs, qui boivent du vin, en sont exempts. Les remèdes les plus efficaces contre les vers sont des excitants ; les antiphlogistiques ne font que plonger le malade dans une débilité incurable, et l'on veut que les vers soient le résultat d'une inflammation !

Les vers intestinaux produisent donc les phénomènes de la gastro-entérite. Le malade se plaint en outre d'un sentiment de piqûre ou de morsure dans les intestins ; il éprouve souvent une faim insatiable ; un prurit incommode se fait sentir aux narines ; les pupilles se dilatent ; une sueur aigre se déclare ; le ventre est comme empâté ; mais, ainsi que nous l'avons dit, ces caractères sont équivoques, et la sortie des vers est le seul signe certain qu'il en ait existé.

Les signes locaux, bien que peu sûrs, varient cependant suivant le siége qu'occupent ces animaux et suivant leur espèce. S'ils séjournent dans le cæcum, ainsi que le font ordinairement les trichocéphales, c'est dans la fosse iliaque et dans le flanc droit que le malade éprouvera les signes locaux ; s'ils siègent dans l'estomac, ce sera dans l'épigastre ; enfin, s'ils occupent le rectum, ces phénomènes s'observeront dans cette région : ils pourront au reste ne pas exister du tout.

Maladies du foie.

Malgré les recherches des modernes et les volu-

mineux ouvrages de quelques anciens sur les maladies du foie, elles sont encore loin d'être parfaitement connues. On sait que cet organe est le siége d'une grande diversité d'altérations morbides, et l'on est loin d'être d'accord sur les traces que l'hépatite même laisse après elle. On croit connaître les signes fonctionnels qui la caractérisent, et l'on ignore assez complètement ses signes organiques; car je ne pense pas qu'on veuille nous faire admettre comme des vérités incontestables une foule de spéculations métaphysiques enfantées dans la fièvre des systèmes, et qui n'ont pas plus reçu la sanction d'une expérience ultérieure, qu'elles n'ont été inspirées par une expérience préalable. D'un autre côté, l'on connaît un assez grand nombre de lésions organiques dont l'expression fonctionnelle est ignorée. Nous allons tâcher de jeter quelque lumière sur ce sujet obscur.

Hépatite.

L'hépatite, maladie moins fréquente qu'on ne pense communément, se fait reconnaître aux signes que nous allons exposer, dont aucun, à la vérité, n'est pathognomonique, mais dont la réunion peut suffire pour constater l'existence de cette affection.

Après des phénomènes précurseurs variables, et surtout après un frisson, le malade éprouve une douleur fixe dans l'hypochondre droit. Cette douleur est plus ou moins vive, pongitive, sensible à

la pression ou obscure ou profonde ; elle est plus ou moins voisine de l'épigastre, de l'hypochondre gauche ; elle augmente plus ou moins par les actes de la respiration, etc., suivant que la partie enflammée est superficielle ou profonde ; que l'inflammation occupe la convexité, la concavité ou le centre de l'organe malade, son extrémité droite ou gauche, ou sa partie moyenne. Les auteurs ont prétendu que cette douleur pouvait s'étendre jusque vers l'épaule droite : je n'ai jamais rien observé de pareil, et je pense que c'est là un de ces signes équivoques qui peuvent s'être présentés quelquefois, et qui ont été copiés aveuglément ensuite par la foule des écrivains. En même temps l'hypochondre paraît tuméfié, tendu. Les autres phénomènes de l'inflammation, la chaleur, la rougeur, ne peuvent être perçus dans le vivant ; il reste donc les modifications fonctionnelles à examiner. Les fonctions du foie étant totalement dérobées à nos regards, il est difficile de s'assurer de leurs dérangements autrement que par les résultats que nous offrent les matières alvines et la couleur de la peau. Or fréquemment, dans l'hépatite, la sécrétion biliaire étant suspendue, les matières fécales sont gris cendré, blanches, quelquefois supprimées ; fréquemment aussi, dans ce cas, la peau présente une teinte jaune ictérique ; les urines sont jaunes et safranées ; enfin le malade offre toutes les apparences de l'ictère.

Il n'est pas rare que le duodénum et l'estomac participent à l'inflammation : alors on observe des nausées, des vomissements, de la tension et de la douleur à l'épigastre; la bouche est amère, la langue jaune, sale, la soif vive, etc.

Il peut y avoir de la difficulté à respirer, de la douleur dans les lombes, des hoquets, etc.

Avec ces symptômes on observe l'ensemble des phénomènes fébriles. Cette maladie croît pendant quelques jours, et au bout du premier au second septénaire, suivant son intensité, les symptômes diminuent graduellement, et elle se termine par résolution. Elle peut aussi offrir les autres modes de terminaison des phlegmasies.

Lorsque les signes que nous venons d'exposer se rencontrent ensemble, il est difficile de méconnaître l'hépatite : cependant on a voulu embarrasser le diagnostic de cette maladie, en disant que l'inflammation du péritoine qui recouvre le foie ou la face convexe du diaphragme, que la gastrite et la duodénite pouvaient en imposer pour l'hépatite au point d'empêcher de la reconnaître. Mais d'abord les inflammations partielles du péritoine sont un accident bien plus rare que ne l'ont cru les anciens; en second lieu, à supposer que le péritoine qui recouvre le foie fût enflammé, est-il bien possible qu'adhérant au parenchyme d'une manière si intime, celui-ci ne participe pas à l'inflammation? Quant à la gastro-duodé-

nite, elle ne pourrait être confondue avec l'hépatite qu'autant que les conduits biliaires participeraient à l'inflammation ; et dès lors l'erreur serait peu grave, puisqu'une partie très essentielle du foie participerait à la maladie.

Dans l'hépatite spontanée, la terminaison par suppuration m'a toujours paru une chose fort rare; elle est plus commune dans l'hépatite traumatique. M. Louis a cependant eu quelques occasions d'observer cette terminaison. Mais est-il possible de reconnaître que l'hépatite se termine par suppuration? les signes qu'on a attribués à ce mode de terminaison sont-ils bien le résultat de l'observation, ou seulement celui de combinaisons arbitraires? La jeunesse du sujet, la violence de l'inflammation, la douleur devenue gravative, pulsative, la soif, la sensation d'empâtement dans le flanc droit, et même la fluctuation, des sueurs et des horripilations alternatives, l'épanchement de sérosité dans l'abdomen, l'œdème des membres, sont-ils des signes caractéristiques des abcès au foie? Si on lit avec attention les faits rapportés par M. Louis, il n'en est pas ainsi : il est presque impossible de soupçonner cette espèce de terminaison.

Quant à la terminaison par gangrène, nous avons de fortes raisons de la révoquer en doute; que dirons-nous des signes qui, à ce qu'on prétend, la font reconnaître pendant la vie ?

L'inflammation du foie est susceptible de passer à l'état chronique ; les symptômes diminuent d'intensité et se perpétuent indéfiniment.

Lésions organiques. Pour avoir une idée juste des traces d'une maladie dans un organe, il est indispensable de bien connaître cet organe dans l'état sain, sous peine de s'exposer à de graves et nombreuses erreurs.

Le foie présente, chez les gens qui ont succombé à des maladies qui lui sont étrangères, une grande variété d'aspects dans sa forme, son volume, sa couleur et sa consistance. Ces variétés, qu'on peut appeler physiologiques, ont été cause sans doute qu'on a mal apprécié jusqu'ici les traces organiques de l'hépatite. En effet, dans l'état de santé, le foie peut être d'un jaune clair, rouge, brun, noir; son enveloppe peut être bleue, verdâtre ; ces couleurs varient par places, ou occupent la totalité de l'organe. Il peut être injecté d'un sang noir, ou exsangue ; il crie sous le scalpel ; ses grains sont durs, inégaux, raboteux, entremêlés de brides blanchâtres ; il est mou, et se déchire avec facilité ; il est sec ou gras ; il occupe une partie du bas-ventre, ou est entièrement caché sous l'hypochondre droit et l'épigastre ; sa surface est empreinte de dépressions profondes, modelées sur les côtes, etc. Lorsque quelqu'une de ces altérations se rencontre après la mort d'individus qui ont succombé à l'hépatite, comment distinguer

si elle est le résultat de la phlegmasie ou une modification physiologique ?

L'injection, la mollesse des organes étant ordinairement l'effet de leur inflammation, nous croyons que, lorsqu'on les rencontre après la mort d'individus qui ont éprouvé des symptômes de l'hépatite, ces phénomènes doivent en être considérés comme le résultat. Nous croyons aussi que plusieurs des modifications qu'on est habitué à regarder comme physiologiques sont l'effet d'hépatites chroniques ou latentes.

Il n'est pas rare de trouver des abcès à l'extérieur du foie; les auteurs en citent des exemples assez nombreux. Quelques faits disséminés prouvaient aussi que le parenchyme du foie était susceptible de suppurer. M. Louis vient de publier cinq observations d'abcès dans ce viscère. Le pus de bonne nature était réuni en foyer, en général environné d'une membrane plus ou moins dense, suivant la rapidité du développement; le parenchyme hépatique qui environnait l'abcès était plus rouge et plus mou que dans le reste du foie, rarement plus dur; le foyer était unique ou multiple; lorsqu'il avait une certaine étendue, on pouvait le considérer comme la réunion de plusieurs petits abcès.

Choléra morbus.

Le choléra morbus a été regardé comme une des formes de la gastro-entérite; nous ne saurions

partager entièrement cette manière de voir. Il est bien certain que dans quelques circonstances il peut exister des vomissements bilieux très abondants, des déjections alvines de la même nature, avec coliques violentes, sentiment d'ardeur intolérable, crampes, syncopes, etc., dans les gastrites intenses, dans l'hépatite, dans divers empoisonnements, etc. Il est bien certain aussi que, lorsque le véritable choléra idiopathique a duré quelques jours, on trouve souvent des traces d'inflammation ; mais tout cela prouve, selon nous, qu'il peut y avoir un choléra symptomatique d'une foule d'altérations organiques, et que dans le choléra proprement dit il peut survenir, à une certaine époque, des phénomènes inflammatoires ; mais lorsqu'à la suite d'une cause morale énergique il se sera manifesté des évacuations bilieuses abondantes par haut et par bas, etc., que ces symptômes auront disparu en quelques heures sans laisser de traces, ou que l'individu venant à succomber on n'aura trouvé aucun vestige d'inflammation, nous ne pourrons reconnaître là l'existence d'une phlegmasie *gastro-entéro-colique* violente, comme on a voulu le faire croire dans ces derniers temps.

Nous ne voulons pas parler ici des symptômes du choléra morbus survenant dans une affection locale ; nous nous bornons à exposer ceux du choléra morbus idiopathique. L'individu qui en est affecté est frappé tout-à-coup ou par degrés. Après

un frisson plus ou moins fort, et quelques autres accidents, une douleur violente se fait sentir dans la région épigastrique et se répand dans tout l'abdomen ; le malade rejette par le vomissement des matières alimentaires d'abord, bientôt des matières muqueuses, écumeuses, sans odeur, aigres ou acides ; des déjections alvines de matières stercorales, puis de mucus, arrivent en même temps ou alternativement ; enfin de la bile jaune, verte, porracée, noirâtre, plus ou moins fétide, est rejetée par les mêmes voies. Ces vomissements et ces déjections alvines se succèdent presque sans interruption ; dans les intervalles le malade éprouve des nausées, des borborygmes, des épreintes ; une chaleur brûlante se fait sentir dans le trajet que les matières parcourent ; une soif ardente dévore le malade, qui ne peut introduire la moindre quantité de liquide, si doux qu'il soit, sans le rejeter immédiatement. En quelques heures ces phénomènes locaux sont portés au dernier degré de violence ; la cardialgie est insupportable, le ventre est contracté, l'anxiété est portée à son comble. La face, primitivement animée, est profondément décomposée, pâle, exprime la douleur ; une sueur froide l'inonde, ainsi que le reste du corps ; le pouls est petit, concentré, irrégulier, misérable ; la respiration gênée ; des crampes ou des convulsions saisissent les membres ; des lipothymies fréquentes font redouter une issue promptement funeste ; enfin

une prostration extrême se manifeste bientôt ; le hoquet, la suppression des urines, l'impossibilité de vomir et d'aller à la selle, l'extinction de la voix, annoncent la mort, et la précèdent d'une manière immédiate. Dans les cas moins graves, les accidents diminuent plus ou moins rapidement, et il ne reste au malade qu'une profonde lassitude.

Lorsqu'il succombe promptement, l'examen le plus attentif ne laisse apercevoir aucune trace d'altération ; mais lorsque la maladie a duré deux ou trois jours, on trouve des plaques rouges, brunes, noires, et même des points gangréneux dans quelques parties des intestins ; le foie a été trouvé tuméfié et gorgé de sang.

On peut distinguer le choléra morbus des autres maladies qui lui ressemblent par des caractères assez tranchés. Aucune n'offre une marche aussi prompte, une invasion aussi brusque, des progrès aussi rapides, une terminaison aussi subite. La gastrite se développe avec plus de lenteur ; il est rare qu'elle soit accompagnée de déjections bilieuses. Dans la colique de plomb il existe ordinairement une constipation opiniâtre ; elle se développe sous l'influence de causes particulières. Les phénomènes morbides de quelques empoisonnements, qui offrent tant de ressemblance avec la maladie qui nous occupe, reconnaîtront pour cause l'ingestion d'une substance toxique, etc. Quant à la péritonite, l'extrême sensibilité du ventre, l'ap-

pareil fébrile et sa marche moins vive, la feront distinguer du choléra, etc.

Les principales altérations du foie qu'il nous reste à examiner sont le cancer de cet organe, les tubercules, les hydatides et les calculs biliaires.

Cancer du foie.

La profondeur à laquelle le foie exerce ses fonctions, son rôle secondaire dans les actes de la vie, son peu de sensibilité, ainsi que nous l'avons dit déjà, sont cause de l'obscurité qui règne sur ses maladies, et en particulier sur le cancer qui l'affecte. Dans le principe de cette maladie, époque à laquelle il serait si intéressant de la reconnaître, on peut à peine en soupçonner l'existence. Une douleur sourde, profonde, dans la région qu'occupe cet organe, un léger trouble dans les fonctions digestives, et surtout dans la nutrition, sont les seuls signes qui annoncent cette altération ; ces symptômes sont si peu prononcés qu'ils éveillent à peine l'attention des malades. Plus tard la sécrétion biliaire, sans doute très nécessaire à l'entretien de la vie, étant entravée, la nutrition languit, le malade maigrit. Le ventre se météorise, une teinte jaunâtre colore la peau ; les selles ne sont plus naturelles, elles sont dures et rares ; elles finissent par être grises, cendrées vers la dernière période de la maladie, et lorsque l'ictère est tout-à-fait prononcé. A une époque plus avancée l'hypochon-

dre droit se tuméfie, et l'on peut reconnaître dans le foie une augmentation sensible de volume; enfin, plus tard encore, lorsque les tumeurs cancéreuses font saillie à la face convexe, on peut sentir des inégalités diverses, parsemées sur cette surface, et même des dépressions sur le centre de ces inégalités. L'ictère se prononce de jour en jour davantage, il devient vert et même noirâtre, et le malade finit par succomber dans le marasme. Il est rare que la douleur prenne le caractère lancinant ; et si l'on n'observe pas les phénomènes généraux du cancer, il est vraisemblable que c'est parcequ'ils sont masqués par l'ictère. Cette maladie présente une durée illimitée : elle est très fréquente chez les vieillards ; mais dans le plus grand nombre des cas elle est consécutive au cancer de l'estomac.

A l'ouverture des corps, on trouve le foie parsemé de tumeurs qui varient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle du poing ; elles sont jaunes, opaques, dures, présentent quelquefois des rayons convergents vers le centre, et d'autres fois des cercles concentriques ; le plus ordinairement nulle trace d'organisation ; elles crient sous l'instrument qui les divise. Elles sont souvent ramollies vers leur centre, réduites en bouillie, en lie de vin, en encéphaloïde ; le tissu environnant qui embrasse la tumeur est sain. Dans quelques cas le foie adhère à l'estomac, où l'on trouve un cancer ulcéré

qui s'est communiqué au foie par contiguité. Mais alors les phénomènes du cancer de l'estomac ont pu exister pendant la vie.

Tubercules du foie.

Les véritables tubercules du foie sont plus rares que le cancer de cet organe. Dans l'état actuel de la science, il est impossible de s'élever à une description générale de cette maladie.

La cyrrhose, plus rare encore, ne s'annonce par aucun signe reconnaissable pendant la vie. On doit en dire autant de la mélanose, qu'on a rencontrée très rarement.

Hydatides.

De tous les organes où peuvent se développer les hydatides, il n'en est aucun qu'elles occupent plus fréquemment que le foie. L'amour aveugle des systèmes a fait avancer aussi que cette production était l'effet de l'inflammation ; mais cette proposition tombe d'elle-même devant les simples lumières du sens commun, et n'a pas besoin de réfutation.

Interposés dans les granulations du foie, sans en altérer la substance, comme de véritables corps étrangers ; doués d'une organisation particulière, se développant avec beaucoup de lenteur, ces êtres énigmatiques ne donnent, dans les premiers temps du moins. aucun signe de leur présence. Ce n'est que lorsque leur volume et leur

nombre, en comprimant et atrophiant même une partie du foie, gênent les actes de ce viscère qu'on peut en soupçonner la présence. Alors les fonctions digestives sont plus ou moins dérangées ; l'hypochondre est tuméfié, les fausses côtes sont soulevées, on peut sentir une véritable fluctuation. Mais ces signes peuvent être confondus avec ceux du cancer et de l'abcès du foie. Cependant les hydatides acquièrent en général un volume considérable, que n'atteignent jamais les maladies précédentes. Enfin, il peut arriver que des hydatides engagées dans les conduits biliaires tombent dans le duodénum et soient rendues par les selles ; il peut se faire aussi que des adhérences contractées avec les intestins permettent, au moyen d'une perforation accidentelle, que ces corps s'échappent par la même voie, etc. : alors on ne saurait plus avoir de doute sur leur existence. Quelquefois ces hydatides s'épanchent dans l'abdomen, et y causent des accidents mortels. Nous avons pu observer tous ces cas, et un grand nombre d'autres encore.

Nous ne redirons pas ici ce que nous avons écrit sur les hydatides dans le commencement de ce volume, relativement à leur organisation membraneuse, fibreuse, osseuse.

Calculs biliaires.

Beaucoup de personnes succombent ayant porté pendant leur vie des calculs dans la vésicule du

fiel, sans jamais en avoir éprouvé d'accidents. Il est peu de nos vieilles femmes, douées d'embonpoint, qui n'en portent un certain nombre. Nous pensons donc qu'on a ajouté à cette altération pathologique plus d'importance qu'elle ne mérite. Nous regardons comme de savantes puérilités ces innombrables écrits publiés sur les calculs biliaires. Leur forme, leur nombre, leur couleur, leur composition chimique, ont beaucoup occupé les médecins et les chimistes ; d'autres ont péniblement rassemblé tout ce qui avait été fait à ce sujet : nous croyons ces travaux peu utiles à l'humanité. Qu'importe qu'il y ait cinquante, cent, ou mille calculs ? qu'ils soient triangulaires, polygones, etc. ?

La substance même du foie, ses enveloppes, peuvent contenir des concrétions gypseuses, crétacées, de vrais calculs biliaires, dont la présence ne peut être soupçonnée pendant la vie.

Quant aux calculs biliaires proprement dits, lorsqu'ils obstruent le canal hépatique ou cholédoque, ils peuvent occasioner la résorption de la bile, l'ictère, des coliques hépatiques, et à la longue la désorganisation du foie et la mort. Lorsqu'ils obstruent la vésicule ou le canal cystique, ils peuvent produire des douleurs ; mais la bile continuant à couler par les autres conduits dans le duodénum, les accidents graves sont plus rares, plus lents, et souvent nuls.

On ne peut acquérir la certitude de la présence des calculs biliaires que lorsqu'on en a trouvé dans les matières stercorales, de quelque manière que ces calculs soient parvenus dans les intestins.

Indépendamment des altérations que nous venons de décrire ou simplement de signaler, le foie peut être le siége de diverses lésions plus ou moins rares, mais assez peu importantes à étudier, et qui ne sont pas reconnaissables pendant la vie : ce sont les épanchements de sang dans le parenchyme de l'organe ; les collections séreuses, biliaires, dans les foyers particuliers ; les cartilaginations, ossifications de quelques points de ce viscère ; son hypertrophie, son atrophie, son déplacement ; son anémie, sa polyæmie, sa congestion sanguine, etc. ; toutes altérations notées par les auteurs, mais dont la description ne saurait entrer dans un ouvrage élémentaire, où l'on doit se borner à exposer les choses les plus utiles.

Maladies de la rate.

Cet organe éminemment vasculaire, qui n'est selon les apparences qu'une espèce de *diverticulum* du sang, et peut-être destiné à lui faire subir quelque modification inconnue, est bien plus souvent malade que ne le pensent communément les médecins. Ceux qui se livrent avec quelque suite aux travaux de l'amphithéâtre savent que ce viscère offre rarement le même aspect, et qu'en faisant

la part des variétés qu'on peut nommer physiologiques, il reste encore des cas innombrables où le tissu de cet organe est visiblement altéré. La couleur, la consistance, le volume, la forme de la rate, présentent presque toujours quelque chose d'insolite qui atteste la souffrance de ce viscère pendant la vie. Elle se déchire souvent avec une surprenante facilité; elle est gorgée d'un sang noir, épais, lie de vin; elle offre une consistance voisine de celle du foie. Lorsqu'on la coupe, les parois de la section sont nettes et tranchées, sa couleur est d'un rouge pâle; elle peut n'avoir que le volume d'un œuf, ou peser plusieurs livres. Mais l'altération la plus fréquente et la plus digne de remarque est l'existence d'un cartilage quelquefois épais de plusieurs lignes qui entoure la rate en partie, sur sa face convexe ou dans sa totalité. Cette cartilagination est-elle due au péritoine ou à la membrane propre de la rate elle-même? Si elle est due au péritoine, pourquoi n'en trouve-t-on pas d'analogue sur le foie, et sur les autres organes que cette membrane recouvre? Des tubercules, des hydatides, des concrétions osseuses, des dégénérescences squirrheuses, du pus réuni en plusieurs foyers ou formant un seul dépôt, etc., se rencontrent assez souvent dans ce viscère. Toutes ces altérations prouvent indubitablement que la rate est fréquemment malade: et cependant ses maladies sont ignorées! Cette ignorance n'est-elle pas

un témoignage éclatant en faveur des principes que nous avons professés jusqu'à ce jour, qu'on ne connaît réellement que les maladies dont on peut fixer le siége? N'est-elle pas une preuve irrécusable de la supériorité de la médecine organique? Les fonctions de la rate nous sont inconnues, et partant il est impossible de reconnaître les modifications fonctionnelles auxquelles donnent lieu ces diverses altérations. On a soupçonné ces symptômes de la splénite plutôt qu'ils n'ont été véritablement fixés par l'observation ; à plus forte raison ignore-t-on les signes caractéristiques de chacune des lésions dont nous avons parlé. Ces lacunes fréquentes dans la pathologie nous font émettre le vœu qu'une société de médecins instruits, intelligents, amis de la vérité, et placés dans un vaste champ d'observation, dans les hôpitaux, se partagent entre eux les points obscurs de la science, de sorte qu'un seul soit chargé d'éclaircir un seul de ces points. Il recueillerait tout ce qui aurait rapport à l'altération de tissu et à l'expression fonctionnelle de l'organe dont il serait chargé, et les résultats d'ouvertures du corps seraient mis en rapport avec les phénomènes morbides observés pendant la vie. Nul doute qu'on ne parvînt promptement ainsi à dissiper les ténèbres qui couvrent encore tant de points de la science, et que nous sommes journellement réduits à déplorer. C'est ainsi que nous concevons que les réunions appelées

académiques pourraient être réellement utiles.

Les signes qu'on a cru pouvoir attribuer à la splénite sont, une douleur plus ou moins vive dans la région de la rate, douleur profonde augmentant par la pression et s'irradiant quelquefois dans l'abdomen ; une espèce d'empâtement, de tuméfaction sous les fausses côtes gauches ; d'ailleurs, soif, tension épigastrique, nausées, vomissements, coliques, ictère; dysurie; force, fréquence du pouls, chaleur générale ; difficulté de respirer, etc. Mais qui ne voit que la plupart de ces signes sont généraux, qu'ils peuvent être produits par la phlegmasie de la plupart des viscères abdominaux ? Quant à ceux qui sont locaux, ne peuvent-ils pas appartenir au péritoine, au rein, à la portion descendante du colon, etc. ? Ainsi tout est vague, tout est indéterminé, parcequ'on ne connaît pas les fonctions de la rate !

Maladies du pancréas.

Ce que nous venons de dire de la rate, redisons-le pour le pancréas. Organe obscur, profondément situé, n'ayant que des fonctions subalternes, aucun excitant direct n'agit sur lui ; destiné à favoriser la digestion en versant dans les intestins un fluide salivaire, il doit être rarement malade, peut-être ne l'est-il jamais seul, et s'il présente des phénomènes morbides, ils doivent être ceux des autres organes digestifs.

J'ai trouvé le pancréas volumineux, dur, rouge, d'autres fois petit, mou, pâle, squirrheux, grenu, criant sous le scalpel, etc., contenant des portions osseuses, des kystes, etc. : mais presque toujours ces altérations étaient secondaires ; l'estomac ou le foie avaient été primitivement affectés, et leur maladie s'était propagée jusqu'à cette glande.

Maladies des reins.

Les maladies des reins sont plus connues que celles des organes précédents. Destinés à remplir des fonctions bien déterminées, et dont les résultats peuvent être offerts à notre exploration, il est en général facile de reconnaître les modifications que leur impriment les diverses lésions organiques auxquelles leur tissu est exposé. Cependant, les reins étant doubles, l'un des deux pouvant suppléer l'autre, il peut arriver (et je l'ai plusieurs fois observé) qu'il ne se manifeste aucun trouble dans la sécrétion urinaire, et par conséquent que la plus grande obscurité règne dans le diagnostic de ces maladies. Cela arrive lorsque l'uretère d'un côté est complètement oblitéré.

Les maladies des reins sont nombreuses. Les plus fréquentes sont la néphrite et ses diverses terminaisons ; les calculs, la gravelle, le cancer, les hydatides, le diabétès.

Néphrite.

L'inflammation du rein se fait reconnaître à des

phénomènes locaux organiques et fonctionnels, à des phénomènes sympathiques et généraux. Une douleur aiguë, pongitive, quelquefois dilacérante, avec sentiment d'une chaleur vive, se fait ressentir dans la région des reins, c'est-à-dire vers les lombes; d'un seul côté, ou des deux à la fois. Tous les efforts de respiration, les secousses, la pression, augmentent cette douleur, qui se propage aux uretères, à la vessie; au testicule du côté malade, et souvent à l'aine et à la cuisse du même côté, où elle produit un sentiment de stupeur, un tremblement singulier. Les urines sont rares, et rouges dans les premiers jours; elles peuvent être entièrement supprimées. Le malade fait de vains efforts pour uriner; au bout de quelque temps elles deviennent abondantes, claires, aqueuses ou troubles. D'ailleurs, anxiété très grande, faiblesse, décubitus sur le dos; soif vive, nausées, éructations fréquentes, vomissements; pouls petit, accéléré, peau chaude, sèche ou humide, froide pendant que la douleur s'exaspère.

Lorsqu'un calcul produit la néphrite, ce qui est très fréquent, du sable, du gravier se déposent au fond des urines; de plus, une sensation de déchirement se manifeste sur le trajet des uretères; cette sensation survient tout-à-coup, et peut cesser de la même manière. Certaines positions du corps la réveillent, d'autres l'apaisent. L'urine se supprime et reparaît aussi tout-à-coup. Lorsque les aspéri-

tés du calcul déchirent le rein ou les parois de l'uretère, la douleur est souvent intolérable ; l'urine est alors sanglante, l'inflammation acquiert une extrême intensité, et l'on observe souvent des accidents cérébraux, tels que les convulsions et le délire.

La néphrite peut passer à l'état chronique : les signes locaux sont les mêmes, seulement ils sont plus obscurs, moins vifs, les phénomènes généraux sont moins prononcés ; mais les modifications fonctionnelles sont peut-être plus remarquables : l'urine est opaque, purulente, brune noire, mêlée de caroncules charnues, qui ne sont vraisemblablement que du sang coagulé. Il est très fréquent que les urines déposent alors du gravier.

La néphrite aiguë, lorsqu'elle est traitée convenablement, se termine par résolution au bout de quelques jours ou de deux ou trois semaines.

Elle peut se terminer par suppuration : alors la douleur devient gravative, une pesanteur se fait sentir aux lombes, où l'on observe un empâtement remarquable ; le pouls est plus plein, plus élevé ; des horripilations fréquentes alternent avec la chaleur, etc. Le pus peut s'épancher dans l'abdomen, se faire jour dans un intestin, fuser le long du tissu cellulaire, ou être excrété par les urines. On dit aussi avoir vu la gangrène terminer la néphrite.

L'inflammation du muscle psoas peut simuler

la néphrite; mais ici la douleur augmente principalement par la flexion de la cuisse sur le bassin, et les désordres dans la sécrétion urinaire sont loin d'être les mêmes.

A l'ouverture des corps on trouve tous les caractères anatomiques que les phlegmasies laissent après elles. Le rein est plus volumineux que dans l'état naturel, ou d'un moindre volume; il est rouge, violacé, gorgé de sang, ou pâle et exsangue, plus mou ou plus dur que dans l'état sain; il contient des foyers purulents, il est en partie détruit par des ulcérations et par la gangrène, etc.

Calcul rénal, gravelle.

Ces maladies sont quelquefois latentes, d'autres fois produisent des accidents; alors ce sont ceux de la néphrite aiguë ou chronique : le signe pathognomonique des calculs ou de la gravelle, c'est l'excrétion de quelques parcelles calculeuses. La néphrite peut être la cause de la gravelle et du calcul; la suppuration, ou un caillot de sang, peut devenir le noyau d'une pierre; mais je crois que, dans bien des cas, un vice de sécrétion, occasioné par la nature de l'alimentation ou par toute autre cause, peut produire primitivement la gravelle ou le calcul du rein, qui à leur tour déterminent la néphrite.

Cancer du rein.

Le cancer du rein est enveloppé pendant la vie

d'une grande obscurité. Il ne produit guère que les signes de la néphrite chronique; on pourrait le soupçonner à la disposition générale du malade, aux caractères de l'infection cancéreuse, à la nature des douleurs, à l'absence du sable et du gravier dans les urines, etc.; mais tous ces signes sont fort insuffisants.

Les reins sont encore exposés à plusieurs altérations qui ne produisent aucun symptôme pendant la vie; ce sont des hydatides, des kystes séreux développés dans leur tissu, le décolement de leur membrane propre par une infiltration séreuse, la production de cartilages, de plaques osseuses à leur surface, etc.

Diabétès.

Le diagnostic du diabétès ne présente pas de grandes difficultés. Ses caractères principaux sont la sécrétion abondante et viciée de l'urine, qui contient un principe sucré, et le dépérissement graduel du malade.

Le diabétès survient tout-à-coup ou d'une manière progressive; l'évacuation abondante de l'urine est précédée d'une douleur dans les lombes et dans le trajet des voies urinaires, souvent d'une simple sensation de froid. La quantité des urines surpasse de beaucoup celle des boissons, même lorsque celle-ci a été considérable. Elle est de quinze

à vingt livres par vingt-quatre heures, elle peut s'élever à quarante livres et même au-delà. Le fluide excrété est pâle, décoloré ou jaunâtre citrin, inodore, douceâtre et même sucré. Il est dépourvu d'azote, partant ne contient ni urée, ni acide urique; le principe sucré qu'il renferme en quantité variable est susceptible de fermenter; il peut être converti en alcool et en acide acétique. La miction est fréquente et souvent involontaire, principalement pendant le sommeil, et souvent pendant la veille; si le malade veut retenir ses urines, l'abdomen peut acquérir un volume considérable. Les digestions languissent, bientôt le malade maigrit; la face est pâle et abattue, la faiblesse fait tous les jours des progrès rapides; les jambes s'infiltrent; la soif est vive, inextinguible, la peau sèche et aride; le pouls est faible et lent, plus tard il s'accélère. Enfin les facultés intellectuelles et sensoriales s'obscurcissent de jour en jour; le sommeil est interrompu par les besoins d'uriner et de boire. Ces phénomènes font des progrès plus ou moins réguliers et rapides; ils s'accompagnent d'une multitude d'accidents accessoires, tels que constriction de la gorge, ardeur d'urine, salive épaisse, visqueuse, rapports acides, borborygmes, pesanteurs de l'estomac, anorexie, appétit vorace, hydrophobie, dévoiement, constipation. Le marasme finit par s'emparer du malade, et la mort arrive après des périodes régulièrement crois-

santes, ou après des alternatives variables. La durée de cette maladie funeste, heureusement très rare, est de plusieurs mois, et quelquefois même de plusieurs années. La guérison n'arrive pas souvent, quelle que soit la méthode de traitement mise en usage. On a prétendu que le diabétès pouvait être insipide, mais ce n'est plus alors qu'une simple augmentation de la sécrétion urinaire ; qu'il pouvait être latent, lorsque la quantité de l'urine n'était guère plus considérable que dans l'état de santé. Quant au diabétès chyleux, c'est à peine si l'on doit en faire mention ; il ne peut y avoir qu'une observation superficielle qui ait pu le faire admettre.

L'ouverture des corps n'a fait découvrir aucune altération constante dans les reins. Ils ont été trouvés mous, durs, pâles ou colorés, hypertrophiés, etc. Mais ces modifications organiques sont trop variables pour servir à dévoiler la nature de cette singulière maladie.

Maladies de la vessie.

La chirurgie réclame la plupart des maladies de la vessie. Nous allons exposer simplement l'inflammation, le catarrhe, le cancer, la paralysie de cet organe, l'hématurie, etc.

Cystite.

Comme toutes les inflammations, celle de la vessie présente des degrés divers ; mais au lieu d'en

faire des variétés particulières, et de répéter à chacune la fastidieuse énumération des symptômes organiques et fonctionnels, il est plus philosophique de laisser au lecteur le soin de diminuer ou d'augmenter par la pensée l'intensité des phénomènes et de se faire ainsi l'image de ces divers degrés.

Après l'application des causes nombreuses qui portent leur action sur la vessie d'une manière chimique ou mécanique, et souvent après des phénomènes précurseurs variables, une douleur plus ou moins forte se fait sentir à la région hypogastrique; cette douleur augmente par la pression, par les mouvements, les secousses, les contractions abdominales, la toux, l'éternuement, la défécation, la miction, etc., de la tension et de la douleur l'accompagnent; le malade éprouve de fréquentes envies d'uriner, qu'il a une peine extrême à satisfaire; ce n'est qu'avec douleur et avec effort qu'il parvient à rendre quelques gouttes d'urine, qui lui font éprouver une chaleur brûlante; l'excrétion de ce fluide est même quelquefois entièrement impossible. Au bout de peu de temps la vessie se distend, la douleur se propage aux reins, au pubis, au périnée, au rectum, enfin dans tout l'abdomen. L'urine est peu abondante, claire, incolore les premiers jours, et dépourvue de mucosités parceque la membrane vésicale est sèche et que son exhalation est suspendue; plus tard elle devient

plus foncée, et laisse déposer un mucus glaireux et filant semblable à du blanc d'œuf. Lorsque la maladie est légère ces symptômes sont peu prononcés; quelques signes généraux de réaction se font remarquer, et bientôt l'organe malade et ses fonctions reprennent leur type normal. Lorsque la maladie attaque profondément toutes les parois de la vessie, on observe de la chaleur à la peau, sa sécheresse, ou, dans quelques circonstances, des sueurs avec odeur urineuse, dit-on; de la sécheresse de la bouche, des nausées, des vomissements; le pouls est fréquent et dur, il devient ensuite petit et concentré; plus tard, le hoquet, l'agitation, le délire, l'assoupissement, etc., peuvent précéder la mort.

Lorsque l'inflammation est générale, la douleur occupe tout le petit bassin, et les accidents locaux et généraux sont portés au dernier degré de violence; mais la cystite peut n'occuper qu'un point de la vessie. Si elle siège à la partie antérieure, la pression la plus superficielle sera douloureuse; si elle affecte la partie postérieure, l'utérus ou le rectum peuvent participer à l'inflammation; si elle occupe le col, la douleur répond au périnée, et la miction est alors très douloureuse, et souvent impossible, etc.

La cystite intense peut se terminer, quoique rarement, par résolution, et par suppuration; dans ce cas, le pus formé dans ses parois peut se faire jour dans

le petit bassin, et causer une péritonite mortelle; pénétrer dans le rectum, l'utérus ou les intestins; enfin, ce qui est plus heureux, s'ouvrir un chemin dans la vessie et s'échapper au dehors; enfin la gangrène peut terminer cette phlegmasie; quant à l'induration squirrheuse, nous pensons qu'une cause particulière est nécessaire à cette dégénérescence.

La cystite passe fréquemment à l'état chronique; alors les symptômes diminuent graduellement, et s'arrêtent à un certain degré d'intensité; ils sont d'ailleurs les mêmes que dans l'état aigu. Mais l'urine contient une quantité plus ou moins considérable de mucus incolore, limpide, ou opaque, jaunâtre, grisâtre, etc., et exhale une odeur insupportable; la miction est pénible, douloureuse, et souvent la défécation. Cette maladie peut avoir une durée très longue, elle finit presque constamment par occasioner le marasme et la mort.

A l'ouverture des corps, lorsque la cystite était aiguë, les parois de la vessie sont rouges, épaissies, couvertes de mucosités, ou bien elles présentent les traces de la suppuration, qui a produit divers ravages; enfin des plaques gangréneuses plus ou moins étendues et plus ou moins profondes en altèrent les parois. Dans la cystite chronique, la vessie est rouge, épaissie, fongueuse, violette, les parois en sont endurcies, sa capacité est diminuée, presque oblitérée; la membrane muqueuse peut

être ramollie ; elle est parsemée de vaisseaux variqueux, quelquefois de tumeurs fongueuses ; elle est irrégulière, bosselée, les colonnes en sont prononcées, etc., le liquide contenu est purulent et d'une extrême fétidité.

Cystirrhée, catarrhe vésical, etc.

Le catarrhe vésical n'est autre chose que la cystite légère, aiguë ou chronique ; il est caractérisé par l'excrétion plus ou moins grande de mucus, qui se précipite et adhère plus ou moins au fond du vase ; cette exhalation peut être aussi consécutive d'une maladie des reins, de la prostate ou de quelques organes éloignés, de la présence d'un calcul, etc. Il doit être extrêmement rare qu'elle soit due à la simple exhalation morbide de la membrane muqueuse de la vessie.

Cancer de la vessie.

Aux symptômes de la cystite chronique, si l'on joint la présence d'une tumeur dure, lancinante dans l'hypogastre, l'issue d'un fluide purulent, brun, noir, contenant des fragments de chairs altérées, de la fibrine, exhalant une odeur plus repoussante encore que dans cette maladie, et de plus les signes de l'infection cancéreuse, on pourra reconnaître le cancer de la vessie. C'est ainsi que nous avons pu quelquefois l'annoncer pendant la vie. Après la mort on reconnaît les altérations or-

ganiques ordinairement occasionées par cette maladie, et que nous avons exposées plusieurs fois, présentant de légères modifications.

Paralysie de la vessie.

Cette maladie n'est en général qu'un symptôme d'une altération des organes de l'innervation, et principalement de ceux que contient la moelle épinière. Les maladies du cerveau peuvent cependant la produire, parceque cet organe tient sous sa dépendance le reste de l'innervation. La compression de la moelle épinière, sa destruction, son inflammation, quelles que soient leurs causes, déterminent le plus fréquemment la paralysie de la vessie. Il est cependant des cas où l'on ne peut accuser ces organes de produire cet accident; lorsque la vessie a été long-temps distendue, elle perd la faculté de se contracter. Chez les vieillards, l'usure de l'organisme, si l'on peut s'exprimer ainsi, produit l'effet dont nous parlons; mais il ne faut pas oublier que chez eux le système nerveux s'altère d'une manière générale, ce qui est manifeste par la diminution de la sensibilité et de la contractilité, par la dureté de l'oreille, la diminution de la vue, de l'odorat, du toucher, par les tremblements généraux, et, mieux que tout cela, par les changements visibles dans la couleur, la consistance et le volume de l'encéphale et des nerfs. La paralysie de la vessie tient souvent à cette

cause organique, cause méconnue par les auteurs, ou du moins non mentionnée par eux. L'incontinence de l'urine, la miction involontaire, ou la rétention de ce fluide ; par suite la distension de la vessie, et plus tard tous les signes du catarrhe vésical, sont les caractères de la paralysie de la vessie. Cette paralysie peut être complète, incomplète, générale et partielle. Nous avons remarqué quelque différence dans les symptômes, dans ces derniers cas. Lorsque la paralysie occupe le col de la vessie et non le corps, celui-ci se contracte, le sphincter est dans le relâchement, il y a incontinence d'urine ; si le sphincter est contractile et le corps paralysé au contraire, il y a rétention d'urine, impossibilité d'excréter ce fluide.

L'examen anatomique ne fait découvrir aucune altération dans la vessie, à moins qu'il n'existe quelque maladie concomitante ; mais on trouve souvent la cause de cet accident dans l'altération de la colonne vertébrale, de la moelle épinière ou du cerveau, etc.

Hématurie.

L'hématurie est presque toujours un symptôme, et très rarement une simple exhalation, même consécutive. Les calculs des reins, des uretères, de la vessie ; le cancer de ces organes, les varices de la vessie, etc., sont les maladies qui la produisent le plus ordinairement. Voy. tom. Ier, pag. 455.

Maladies de l'utérus.

Ce viscère important, d'une sensibilité exquise, d'une organisation complexe, chargé des fonctions intéressantes de la génération, exposé à l'action d'agents directs et multipliés, est nécessairement sujet à une multitude de maladies. L'inflammation aiguë et chronique et ses terminaisons, la métrorrhagie, la métrorrhée, le cancer, les polypes, les hydropisies, les tympanites, les déplacements, les hernies, les chutes, les ruptures, les corps fibreux, les kystes, tous les accidents de la grossesse et de l'accouchement, l'aménorrhée, la dysménorrhée; les productions accidentelles de toute espèce, osseuses, cartilagineuses; celles des ovaires, et bien d'autres encore, composent la funeste série des maladies dont l'utérus est le siége. Nous allons nous borner à tracer les principaux signes de la métrite, de la métrorrhée, de la métrorrhagie, du cancer de l'utérus, comme étant les maladies les plus fréquentes, et par conséquent celles pour lesquelles on réclame le plus souvent les secours de l'art.

Métrite.

L'inflammation de l'utérus, le plus ordinairement produite par une cause directe, est générale ou locale, légère ou profonde, aiguë ou chronique.

Lorsque l'inflammation est générale, qu'elle at-

taque non seulement la membrane muqueuse, mais le corps de la matrice, et même le péritoine qui recouvre une partie de cet organe, les symptômes sont alors dans leur plus haut degré de développement ; ils ne sont pas bornés à l'organe malade, mais s'étendent à tout l'organisme. Après le prodrome ordinaire aux phlegmasies intenses ; une douleur profonde se fait sentir à l'hypogastre ; cette douleur, ordinairement violente, se propage aux lombes, au rectum, à la vessie, aux aines, aux cuisses, et fréquemment dans tout l'abdomen, surtout lorsque le péritoine participe à l'inflammation. La pression, la toux, l'éternuement, le hoquet, tous les efforts de respiration ; la contraction des muscles abdominaux dans le vomissement, la défécation ou la miction, augmentent cette douleur ; la malade éprouve en même temps de la chaleur, de la pesanteur, de la tension dans la région hypogastrique ; le toucher fait reconnaître la mollesse, l'augmentation de volume et la chaleur du col de la matrice ; ce toucher, ainsi que tout autre contact, est extrêmement pénible et douloureux ; le vagin participe souvent à l'état inflammatoire. Dans certains cas on reconnaît dans le petit bassin la présence d'une tumeur dure, plus ou moins circonscrite, récente, formée par l'utérus. En même temps tout écoulement est suspendu, au moins dans les premiers jours. Ainsi, lorsque la malade est à l'époque du flux menstruel, le sang

est supprimé ; il en est de même des lochies : ces exhalations sanguines reparaissent lorsque l'irritation vient à cesser, ce qui cependant n'a pas toujours lieu. La sécrétion du lait, ou ne s'établit pas, ou cesse si elle a commencé ; les mamelles tombent et s'affaissent ; au bout de quelques jours il survient un écoulement de mucus purulent ou sanguinolent très fétide ; le ténesme, les épreintes, les douleurs du rectum, celles de la vessie, la difficulté d'uriner, annoncent que les organes voisins participent à l'inflammation.

La face est pâle, altérée, inquiète ; la malade s'agite, et tombe bientôt dans une prostration profonde. Elle éprouve des nausées, des vomissements, des hoquets ; le ventre se météorise ; l'urine est rare et rouge ; le pouls est petit et fréquent ; la respiration gênée, haletante ; la peau froide, surtout aux extrémités ; le délire se déclare, et alterne avec des syncopes fréquentes, et la malade succombe, ou très rapidement, quelquefois dès le second jour, ou bien après huit, quinze, vingt et même trente jours et plus.

A l'ouverture des corps il n'est pas toujours facile de distinguer les traces de l'inflammation d'avec celles de l'accouchement lorsqu'il a eu lieu depuis peu. Les lésions que l'on observe le plus ordinairement sont l'injection, le gonflement, l'augmentation de volume de l'utérus, quelquefois sa mollesse. Son parenchyme contient dans ses

aréoles du pus qu'on fait sortir par la pression. Ces petits abcès peuvent être très nombreux ; les veines de l'utérus contiennent alors une certaine quantité de pus. Les ovaires peuvent présenter des altérations analogues. Enfin, si la gangrène générale de la matrice est justement révoquée en doute, il existe des exemples incontestables de gangrène partielle de cet organe.

Si l'inflammation est bornée au col de la matrice, les symptômes sont moins violents, moins étendus. La malade éprouve de la douleur dans le fond du vagin, de la chaleur, et le toucher fait reconnaître la tuméfaction et la mollesse de cette partie, quelquefois de véritables déchirements. Si l'application du speculum était moins douloureuse, il est très vraisemblable qu'on reconnaîtrait dans le vivant aussi la rougeur que l'on trouve à la nécropsie. Un mucus sanguinolent, ou du sang pur, s'écoule par le vagin. Les parties malades sont très sensibles au moindre contact. Cette affection, beaucoup moins grave que la précédente, se termine en général par la guérison au bout de quelques jours ou quelques semaines ; elle peut passer à l'état chronique, mais elle cause rarement la mort. La métrite, générale même, se termine quelquefois par la guérison ; alors les symptômes s'amendent avec plus ou moins de rapidité, et les actes fonctionnels reprennent leur cours physiologique.

Métrite chronique.

Un degré de moins dans l'intensité des symptômes qui accompagnent la métrite aiguë, l'absence de l'appareil fébrile et une durée illimitée, doivent faire reconnaître la métrite chronique. La douleur que ressentent les malades est plus profonde, plus obscure; elle est gravative. Elle se communique aussi aux organes voisins, à la vessie, au rectum, aux aines, etc.; elle augmente par la station prolongée, par la marche, par le coït. Le volume de l'organe est généralement augmenté. On perçoit quelquefois une tumeur dans la région hypogastrique; on reconnaît que cette tumeur est formée par la matrice, au moyen du ballottement qu'on lui imprime en pressant sur l'hypogastre et sur le col alternativement. Le col de l'utérus est lisse, mou, sensible et volumineux; il a présenté à quelques observateurs une forme conique; en même temps il s'échappe par le vagin un mucus épais, opaque, en général sans odeur, et, dans quelques cas, une quantité de sang plus ou moins considérable. Il n'existe pas de signes de réaction. Les règles peuvent continuer à couler, mais elles apparaissent péniblement et disparaissent de même. La conception peut aussi avoir lieu pendant une métrite chronique. Cette maladie se prolonge souvent pendant plusieurs années, après quoi les accidents cessent plus ou moins complètement; il ne reste plus

qu'une gêne vague, une légère pesanteur dans la région hypogastrique.

Il est une multitude de maladies qu'on peut confondre avec la métrite chronique : les principales sont le cancer et les polypes utérins; mais dans le cancer le col de l'utérus est dur, irrégulier; il est le siége de douleurs lancinantes. Il existe un écoulement de matières épaisses, opaques, jaunes verdâtres d'une insupportable fétidité; et souvent il survient des pertes de sang; la teinte paille de la peau et tous les signes de l'infection cancéreuse finissent par se manifester. Ces phénomènes diffèrent essentiellement des précédents. Le polype est facile à reconnaître par le toucher, lorsqu'il a franchi le col de l'utérus; lorsqu'il est encore contenu dans la cavité de cet organe, il produit les douleurs de l'enfantement, et donne lieu à des hémorrhagies très abondantes et très fréquentes, et quelquefois à l'expulsion de parcelles charnues.

On distingue la métrite des autres maladies qui peuvent la simuler, à la sensibilité, à la mollesse du col, à la chaleur dans l'utérus, à la tumeur contenue dans le petit bassin, au dérangement des fonctions de cet organe; lorsqu'il existe une péritonite concomitante, elle est presque toujours consécutive.

Leucorrhée, flueurs blanches, catarrhe utérin, métrorrhée.

Je pense que, dans le plus grand nombre des

cas, l'écoulement muqueux de l'utérus est dû à la phlogose de la membrane qui le tapisse ainsi que le vagin ; mais il n'est pas déraisonnable de croire que dans des circonstances très fréquentes aussi, la leucorrhée n'est produite que par une espèce d'exhalation morbide mécanique, passive, telle que nous l'avons signalée déjà pour d'autres parties. La leucorrhée peut aussi n'être que symptomatique d'une affection utérine, ou même d'une maladie éloignée. On a distingué plusieurs espèces de leucorrhées : la leucorrhée constitutionnelle, acquise ou héréditaire ; la leucorrhée par irritation locale ; la leucorrhée sympathique ; la leucorrhée par l'usage de certains aliments ou médicaments ; la leucorrhée métastatique ; la leucorrhée critique ; la leucorrhée syphilitique. Ces distinctions ne sont pas sans importance pour le traitement, et doivent être prises en considération. Les moyens de les établir se tirent des circonstances commémoratives, dont le médecin doit s'enquérir avec soin.

Comme son nom l'indique, le principal phénomène de cette maladie c'est l'écoulement par la vulve d'un fluide muqueux plus ou moins abondant. Ce fluide est d'abord clair, transparent, légèrement visqueux, d'une odeur fade. L'apparition de cet écoulement se fait ordinairement après quelques jours de prodrome : la malade a éprouvé des pesanteurs dans l'hypogastre, dans les lombes, de la fatigue, et souvent de la titillation dans

les organes génitaux. L'écoulement muqueux augmente, il perd de sa transparence, revêt plus de consistance; il devient même quelquefois opaque, blanc, jaunâtre, verdâtre, noirâtre; il conserve toujours une odeur fade et nauséabonde. L'humidité, le froid, les aliments relâchants, les passions tristes, etc., augmentent l'abondance de l'écoulement. Une douleur obscure, gravative, se communique aux aines, aux cuisses, aux lombes, au rectum, à la vessie, se joint aux autres symptômes. La vulve est tuméfiée, mais blanche, blafarde et comme macérée, continuellement lubrifiée par ce mucus, qui tache le linge des malades. Le col de l'utérus est aussi mou et gonflé; le méat utérin est béant; la malade est indifférente pour le rapprochement des sexes, quelquefois au contraire très ardente; elle est souvent inapte à la conception, ou n'enfante que des êtres imparfaits. Ces symptômes locaux et fonctionnels ne sont pas les seuls que produisent les flueurs blanches. L'estomac ne tarde pas à ressentir leur fâcheuse influence, et par suite la nutrition et toutes les autres fonctions. On observe des tiraillements, des pesanteurs dans l'estomac, et quelquefois même des vomissements; la pâleur de la face, la flaccidité des chairs, la maigreur générale; de la faiblesse au moindre exercice, l'extrême sensibilité à l'impression du froid, la tristesse habituelle et profonde, l'œdématie des membres pelviens, des pe-

santeurs, des lourdeurs de tête, des éblouissements, des syncopes ; la petitesse du pouls; la gêne de la respiration ; la sécheresse et la froideur de la peau ; les urines pâles et abondantes, etc.

Tels sont les principaux caractères de la leucorrhée, caractères suffisants pour la faire distinguer du cancer utérin, et des autres maladies que nous venons de décrire. Mais elle ne peut être distinguée de la métrite chronique, avec laquelle il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient de la confondre, que lorsque la métrite aiguë a précédé celle-ci. Quelques auteurs ont décrit une leucorrhée aiguë; mais ce n'est là qu'une métrite légère, superficielle : cette maladie, que nous croyons inutile d'exposer en détail, ne diffère de celle-ci que par un peu plus d'intensité et une durée plus courte, et de la métrite générale et profonde que par un degré moindre de violence.

La durée de la leucorrhée est presque illimitée, mais cette maladie entraîne peu de dangers. A l'ouverture des corps on ne trouve aucune altération bien prononcée; la membrane muqueuse vagino-utérine est pâle, blafarde ou violacée, imbibée de mucosités ; des veines dilatées se dessinent sur sa surface; les cryptes muqueux paraissent augmenter de volume, en les comprimant on en fait sortir un fluide semblable à celui qui s'écoulait pendant la vie. Quelques auteurs ont, disent-ils, trouvé des tubercules dans ces organes,

des ulcérations, des plaques gangréneuses même; mais il est évident que dans ces cas il avait existé une autre affection que la leucorrhée.

Métrorrhagie.

L'hémorrhagie utérine offre les mêmes différences que les autres hémorrhagies en général, mais elle est plus souvent que les autres l'effet d'une simple exhalation. On a surtout établi une distinction capitale entre l'hémorrhagie qui arrive dans l'état ordinaire de vacuité de l'utérus, et celle qui survient pendant la grossesse, l'accouchement ou peu de temps après. C'est de la première que nous devons principalement nous occuper.

La métrorrhagie n'est souvent que la menstruation portée au-delà des bornes physiologiques, tant par sa durée que par la quantité de sang épanché; alors elle mérite plus particulièrement le nom de *ménorrhagie.* Il est assez difficile de déterminer le point où commence et où finit la menstruation physiologique. On ne doit considérer les règles comme ayant le caractère morbide, que lorsqu'elles ont porté atteinte à l'état général de la malade, lorsque les fonctions organiques et animales sont manifestement altérées, les forces abattues, etc.

Le nom de métrorrhagie est plus particulièrement applicable à l'hémorrhagie qui survient entre les époques menstruelles, et pendant l'état de grossesse. Le principal symptôme de cette mala-

die est l'issue par le vagin d'une certaine quantité de sang. Ce flux sanguin peut arriver sans signes précurseurs, lorsque la cause qui l'a déterminé a été violente, ou être précédé d'un écoulement muqueux, de lassitudes, de pesanteurs dans les lombes et le dos, dans l'hypogastre, d'horripilation, de malaise, de gonflement dans la région utérine, de tuméfaction, des hémorrhoïdes, de constipation, de ténesme, d'ardeur et de prurit vers les parties génitales, enfin de tous les signes qui annoncent une congestion vers l'utérus. Le sang ne tarde pas à paraître, et lorsque l'hémorrhagie n'est pas très abondante, elle semble produire du soulagement. A un plus haut degré, elle occasione la faiblesse générale, de la pâleur et quelques syncopes. Mais si la quantité de sang est considérable, elle peut mettre en danger les jours des malades, et cela d'une manière plus ou moins rapide; elles peuvent succomber exsangues au bout de quelques heures ou de quelques jours. Les lèvres, et le reste de la face et même de l'individu, pâlissent; les yeux sont ternes, à demi fermés, la vue s'obscurcit; il survient des tintements d'oreilles, des vertiges, des défaillances, des syncopes; le pouls est petit, concentré, mou, insensible; la respiration pénible et gênée, embarrassée, stertoreuse; la peau froide; des convulsions se manifestent, et la malade meurt dans l'anémie. A un degré moyen on observe l'affaiblissement général de toutes les

fonctions, et si l'hémorrhagie persiste, la malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long dans un état d'infiltration générale.

Le sang peut être rendu en très grande abondance, clair, rutilant, ou noir et coagulé ; il peut couler continuellement et pour ainsi dire goutte à goutte. Le sang s'accumule quelquefois dans la cavité de l'utérus ; le diagnostic de l'hémorrhagie est alors plus difficile. Aux symptômes locaux que nous avons décrits, il faut ajouter dans ce cas l'augmentation plus ou moins rapide du volume de la matrice ; des douleurs semblables à celles de l'enfantement ; enfin, au bout d'un certain temps, en général l'expulsion d'une certaine quantité d'un sang coagulé.

On ne peut guère confondre la métrorrhagie qu'avec l'hématurie ; mais cette dernière hémorrhagie est très rare relativement à la première ; le sang est alors plus intimement mêlé aux urines, qui sortent noirâtres et imprégnées de ce fluide ; il pourrait se faire aussi qu'un caillot de sang fût engagé dans le méat urinaire, ce qui favoriserait le diagnostic. Il existe d'ailleurs d'autres signes des maladies des voies urinaires ou des organes génitaux.

Les *altérations organiques*, lorsque la métrorrhagie est idiopathique, se bornent à la rougeur plus ou moins intense de la membrane utérine, et à l'état exsangue des autres viscères.

Lorsque la métrorrhagie est symptomatique on la reconnaît aux signes des maladies qui la produisent ; ainsi dans le cancer, dans le polype de l'utérus et autres dégénérescences, on peut reconnaître ces affections aux signes qui leur sont propres. Si la métrorrhagie est consécutive d'une affection du cœur, les caractères de celle-ci ne permettent pas de la méconnaître ; si elle arrive chez un sujet scorbutique ou pléthorique, la distinction n'est pas plus difficile ; si elle succède à une autre hémorrhagie, on peut facilement s'en apercevoir ; si elle juge une maladie aiguë, elle est aussi facile à caractériser, etc. La métrorrhagie peut être continue, intermittente, périodique, interne, externe, etc. ; différences qu'il est à peine nécessaire de mentionner.

Ce serait peut-être ici le cas de parler de l'aménorrhée ou de la suppression des règles ; mais cet état n'est qu'un symptôme, qu'un épiphénomène dans toutes les maladies en général, et ne peut être considéré comme une maladie spéciale. Que cette suppression soit produite, en effet, par l'apparition d'une maladie quelconque, qu'elle soit déterminée par une cause directe, qu'elle accompagne un état de débilité générale, d'anémie, ou de faiblesse des organes génitaux, elle fournit sans doute des indications thérapeutiques de la plus haute importance, mais ce n'est pas sur elle que le médecin doit fixer

particulièrement son attention, c'est sur la cause qui la détermine, sur les circonstances qui l'accompagnent; au reste elle est caractérisée par la suspension graduelle ou subite de l'écoulement menstruel, et accompagnée de troubles très variés de toutes les fonctions, comme on peut bien le présumer d'après ce que nous venons de dire.

Cancer de l'utérus.

Les premiers symptômes du cancer utérin sont enveloppés d'obscurité. Ce ne sont d'abord que des dérangements dans la menstruation; ces dérangements portent sur la quantité de sang évacué qui est plus ou moins considérable qu'elle ne devrait être, et aussi dans les époques qui sont éloignées ou rapprochées. Un écoulement de matière d'une consistance et d'une couleur variables, tantôt séreuse et sanguinolente, tantôt épaisse, opaque, jaune, verdâtre, et toujours fétide, a lieu par le vagin. Une certaine pesanteur se fait sentir dans la région hypogastrique; la malade éprouve quelques douleurs lancinantes; d'abord éloignées, elles se propagent aux parties voisines. Déjà le museau de tanche est dur sur quelques points, augmenté de volume, et douloureux à la pression, laquelle provoque quelquefois le suintement d'une légère quantité de sang; l'orifice de l'utérus est souvent dilaté. Il n'existe encore aucuns symptômes généraux; la malade conserve son embonpoint, ses forces et

même sa fraîcheur. A une époque plus avancée, et toujours par une transition insensible et graduelle, ce qui ne permet pas de distinguer de périodes tranchées dans ces maladies, comme on le fait communément, les phénomènes que nous venons d'exposer sont plus prononcés ; les douleurs lancinantes sont plus vives et plus rapprochées, elles s'étendent aux lombes, aux cuisses, au rectum, à la vessie, à tout l'abdomen ; l'écoulement muqueux ou ichoreux, sanieux, devient plus fétide ; la défécation et la miction sont douloureuses ; le col de la matrice est dur, inégal, et le vagin lui-même participe à cet état ; l'embonpoint se perd ; les forces disparaissent, le moindre exercice est pénible ; la face est d'un jaune paille ; les chairs sont molles et blafardes. Plus tard encore tous ces accidents s'aggravent, ils deviennent continus ou plus intenses. C'est ainsi que les douleurs lancinantes ne laissent plus de rémission ; la sanie devient d'une insupportable fétidité, elle entraîne avec elle des détritus de cancer, des caillots de sang. Si l'on porte le doigt dans le vagin, on reconnaît les ravages les plus profonds, les plus étendus. L'ulcère cancéreux a dévoré le col de la matrice, qui est mou à l'extérieur, et dur plus profondément, irrégulier, bosselé ; le vagin est très dur, très rétréci, ou bien détruit par les progrès de l'ulcération ; une communication horrible s'établit avec la vessie, et les urines tombent dans le vagin,

où elles se mêlent avec l'ichor cancéreux, et produisent des douleurs atroces. Un accident encore plus redoutable et plus dégoûtant c'est la destruction de la cloison recto-vaginale, et l'irruption des matières fécales dans les organes de la génération. Enfin des hémorrhagies abondantes mettent quelquefois un terme à des maux si affreux. La fièvre hectique, le marasme, terminent ordinairement l'existence de ces infortunées. Alors, face altérée, décomposée, triste, abattue, insomnie, convulsions, faiblesse extrême, sueurs nocturnes, infiltration, diarrhée, vomissement, pouls petit, misérable, eschares gangréneuses, mort.

La marche de cette terrible maladie est plus ou moins prompte ; il est à remarquer que cette rapidité est en raison inverse de l'âge, et en proportion assez rigoureuse avec lui : c'est-à-dire que le cancer marche avec une très grande promptitude chez les jeunes sujets, avec une promptitude moindre dans l'âge adulte, enfin avec plus ou moins de lenteur dans la vieillesse. Le cancer varie aussi sous le rapport de l'intensité de ses symptômes.

La maladie dont nous venons d'esquisser le tableau est facile à reconnaître lorsqu'elle est avancée ; mais il s'en faut que son diagnostic soit facile dans les premiers temps.

Les maladies que l'on peut le plus facilement confondre avec le cancer de l'utérus, sont les corps fibreux, les polypes, la métrite chronique, les ul-

cères syphilitiques, etc. Les corps fibreux se reconnaissent à la lenteur de leur développement, à leur indolence, à l'intégrité du col, à la présence d'un corps arrondi, plus ou moins irrégulier dans le petit bassin, à l'absence des douleurs lancinantes, des métrorrhagies, des écoulements ; enfin de la plupart des symptômes que nous avons décrits : les polypes utérins, et la métrite chronique, aux signes différentiels que nous avons exposés précédemment. Le traitement antisyphilitique, les progrès rétrogrades que feront les ulcères sous l'influence de ce traitement, l'absence des élancements, la circonstance d'une infection vénérienne antécédente, feront reconnaître les ulcères de cette nature, etc.

Lésions organiques. Elles sont très variées. On peut déjà s'en former une image d'après la description que nous venons de faire, et en se rappelant les désordres qu'occasione la dégénérescence cancéreuse. Le tissu cellulaire qui entoure le vagin, la vessie, l'utérus, le rectum, est dur et squirrheux, le vagin est lui-même endurci, carcinomateux, couvert de végétations polyposo-cancéreuses, d'ulcérations profondes, irrégulières ; ses parois sont détruites, et communiquent ou à la vessie ou au rectum ; des espèces de zones squirrheuses rétrécissent son diamètre. Le col de l'utérus est détruit par l'ulcération, et quelquefois l'utérus lui-même est tellement altéré qu'on a peine à le reconnaître ; il

paraît presque entièrement converti en matière encéphaloïde ; enfin tous les organes voisins participent plus ou moins à cette affreuse dégénérescence. Un putrilage épais, fétide, lie de vin, recouvre la surface de toutes les parties ulcérées.

QUATRIÈME SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE, OU DES ORGANES QUI CONCOURENT A LA RESPIRATION ET A LA CIRCULATION ; MALADIES DE LA POITRINE.

§ I. Diagnostic des maladies des voies aériennes.

L'organisation délicate du poumon, sa texture éminemment vasculaire, son action, pour ainsi dire, continuelle, sans interruption, l'exposent à des maladies fréquentes et nombreuses ; son importance dans l'entretien de la vie, son indispensable nécessité, rendent ces maladies des plus dangereuses qui puissent frapper l'espèce humaine. Toutes cependant ne présentent pas la même gravité ; elles diffèrent donc sous le rapport du pronostic : toutes n'exigent pas non plus le même traitement, ce peu de mots doit suffire pour faire sentir l'importance de les distinguer les unes des autres. Celles qui vont principalement attirer notre attention sont le croup, la coqueluche, l'œdème de la glotte, le catarrhe, la pneumonie, la pleurésie, la pleurodynie, les tubercules et autres productions accidentelles, l'œdème et l'emphysème du

poumon, l'hydrothorax, l'hémoptysie, l'asthme, l'angine de poitrine.

Croup.

En traitant des angines des voies digestives, nous avons cru devoir rapprocher les unes des autres des affections que la nature ne sépare pas souvent, et qui d'ailleurs offrent des points de ressemblance multipliés. Mais il est quelques maladies qui par leur gravité méritent une attention sérieuse et spéciale, et le croup, si commun à l'enfance, rare chez l'adulte et le vieillard, est de ce nombre. Nous avons dit que, d'après les intéressantes recherches de M. Bretonneau, cette maladie ne différait pas de l'angine maligne, et nous avons dû donner une description générale de cette affection. Mais la laryngo-trachéite avec exsudation diphthérique, ayant des signes propres, présentant un danger imminent, et méritant un traitement particulier, exige que nous entrions dans quelques détails à son sujet. Il est rare que la maladie soit bornée aux voies aériennes, les parties voisines y participent souvent; souvent aussi il existe diverses complications. Le croup commence, comme toutes les inflammations laryngo-trachéales, avec les apparences insidieuses d'un simple catarrhe : une toux légère, sèche, rauque ou aiguë, accompagnée ou non de coryza, avec ou sans appareil fébrile, est le premier sym-

ptôme qu'on observe. Le cou est quelquefois douloureux à la pression et légèrement gonflé ; on ne distingue aucune trace d'inflammation vers le pharynx ou les amygdales. Au bout d'un, de deux ou de trois jours, rarement davantage, et rarement moins, on observe de légères quintes, courtes, caractérisées par des secousses rapprochées d'une toux sèehe, sonore, rauque ou sifflante, diseordante, présentant des différenees d'intonation qu'on ne peut pas décrire. Chaque inspiration est suivie d'un sifflement remarquable, et même, dans les intervalles des quintes, on entend un frémissement semblable à celui que produirait l'air en traversant un tube d'airain. Il existe de l'essoufflement et un sentiment de strangulation très prononcé. Le larynx, la traehée-artère, les parties situées sous le sternum, sont douloureux ; la voix est enrouée, faible, basse et quelquefois éteinte. La faee est sensiblement bouffie, pâle ou colorée ; les lèvres sont légèrement violettes. Le malade est triste et assoupi. Les efforts de la toux déterminent parfois le vomissement. La respiration est fréquente ainsi que la cireulation ; mais si le vomissement expulse quelques concrétions pseudo-membraneuses, ou simplement du mucus épais ou glaireux, la respiration devient plus facile, le malade est moins triste. Lorsque la guérison a lieu, les quintes de toux s'éloignent peu à peu, sont moins prononcées ;

elles peuvent être suivies de l'expulsion de fausses membranes, et la convalescence s'établit vers la fin du premier septénaire, et dure au-delà du quinzième jour. Il est possible que la fausse membrane soit usée et détruite par l'absorption. On a observé plusieurs fois des rechutes mortelles après l'expulsion des concrétions albumineuses. Dans le cas où la maladie doit se terminer par la mort, les accidents s'aggravent au bout de peu de jours. La toux conserve les mêmes caractères, mais elle est rare, moins sonore, elle peut même cesser entièrement; l'aphonie est complète, le clangor plus fort, plus prononcé; la respiration est très gênée, très fréquente, la suffocation imminente. Le stéthoscope ne donne aucun signe particulier, il rend seulement les bruits plus intenses; le pouls est petit, fréquent, irrégulier et même intermittent. La somnolence, la suffocation, augmentent de plus en plus. Le malade semble devoir expirer à chaque effort respiratoire; il s'agite, se relève sur son séant, descend quelquefois de son lit, court, et tombe bientôt dans un accablement profond. Les muscles inspirateurs, les ailes du nez sont dans un état de contraction et d'agitation convulsives. La face est violette; les yeux saillants, renversés; la peau couverte d'une sueur froide, et le malade est enfin délivré par la mort des plus affreuses angoisses de la suffocation.

A l'ouverture du corps on trouve dans le larynx, la trachée, et même dans les bronches, des fausses membranes analogues à celles que nous avons déjà décrites. La concrétion peut n'occuper que la glotte et se présenter sous forme de petites plaques adhérentes, et en apparence recouvertes par l'épithélium; dans le larynx ces plaques sont adhérentes, mais ne sont pas recouvertes par cet épiderme; cette membrane se prolonge dans la trachée, et même dans les bronches, sous forme de tubes, ou simplement sous forme d'une lame appliquée sur l'une des faces de la trachée. Cette concrétion est blanche, jaune, grise, opaque, plus ou moins dense, quelquefois d'une grande mollesse, plus ou moins épaisse, adhérente ou flottante; elle est recouverte d'un mucus puriforme, ordinairement à sa surface libre, et aussi à sa surface contiguë; elle est souvent tachetée de points rouges sur cette dernière surface; elle est visiblement composée d'une espèce de réseau clair, renfermant de petits flocons arrondis. La membrane muqueuse de la glotte et de l'épiglotte est rouge et boursouflée; le larynx est parsemé de petites taches rouges, disposées en bandes longitudinales; dans quelques cas la membrane muqueuse n'est pas rouge.

La fausse membrane n'occupe pas toujours le larynx, elle peut être bornée à la trachée-artère. On a distingué cette maladie du croup, parceque

la voix n'est pas croupale, et que le danger qu'elle présente est moins grand. Ces raisons ne nous paraissent pas suffisantes pour séparer du croup cette variété, qui n'est fondée que sur le siége un peu différent de l'altération locale. Le croup trachéal n'offre pas tout-à-fait les mêmes caractères fonctionnels que le croup laryngé ; la voix est basse, mais il n'existe pas d'aphonie complète, ni d'enrouement ; l'appareil fébrile est ordinairement très développé dès le principe ; la respiration est gênée, mais beaucoup moins suffocante que dans le croup du larynx ; les sifflements, les bruissements, le clangor, ne se font pas entendre. La toux devient humide comme dans le catarrhe ; on entend une espèce de râle. Vers la fin de la maladie, les malades rejettent des lambeaux de fausse membrane tubulés, et la convalescence s'établit après leur expulsion. Le croup peut occuper les divisions des bronches ; la respiration est alors très gênée, mais la voix n'est pas croupale : les fausses membranes rejetées par les malades sont ramifiées. Ces deux dernières espèces de croup peuvent passer à l'état chronique.

Il est une maladie à laquelle on a donné le nom d'*asthme aigu*, dont on connaît peu la nature, et qui ressemble tellement au croup qu'on la confond fréquemment avec lui. On prétend qu'elle est nerveuse, parcequ'on n'a jusqu'ici trouvé aucune altération organique qui puisse expliquer les

troubles fonctionnels qu'elle occasione ; nous ne l'avons jamais observée.

Voici les caractères qu'on lui attribue : Le soir, la nuit, ou le matin, l'enfant est pris tout-à-coup d'une toux fort analogue à celle du croup; elle est sèche, sonore, rauque, sifflante, ressemble aux aboiements d'un chien; la suffocation est imminente, elle semble occasionée par la présence d'un corps étranger. La frayeur et les cris que le malade veut pousser ajoutent à son anxiété. La face est rouge, les yeux brillants, la respiration accélérée, ainsi que le pouls, la peau chaude, etc. Vers la fin de l'accès la face est pâle, violette, la peau couverte de sueur, comme dans la dernière période du croup. Les plus fortes quintes arrivent les premières, les suivantes sont moins graves; après deux ou trois quintes, tous les accidents disparaissent, ou bien la voix reste enrouée ; il n'est pas rare d'observer aussi une espèce de sifflement analogue à celui du croup, mais qui persiste moins. Les accidents se dissipent pour reparaître la nuit suivante avec moins d'énergie ; il n'existe d'ailleurs aucun appareil fébrile. Plus tard la toux est moins sèche, elle s'humecte ; les quintes deviennent plus courtes, le sifflement est remplacé par le râle muqueux, et cette affection se termine comme un rhume simple, vers la fin de la première ou de la seconde semaine. Cette maladie se distingue du croup véritable en ce qu'elle com-

mence subitement, sans prodrome; par son plus haut degré de violence; en ce qu'il n'existe pas d'aphonie et de sifflement dans l'intervalle des accès; que ces accès se terminent en peu d'heures, et vont successivement en diminuant; qu'il n'existe pas de fièvre, d'assoupissement, de tristesse, etc.

Le croup proprement dit peut revêtir quelques nuances dues principalement à la constitution des enfants affectés : il peut avoir le caractère fort inflammatoire, adynamique; quant au caractère gastrique, bilieux, muqueux, ataxique, il est dû sans doute à de véritables complications avec des irritations gastro-intestinales et encéphaliques. Au reste le croup se complique avec la plupart des phlegmasies viscérales, et avec la rougeole, la variole, la scarlatine.

OEdème de la glotte, angine laryngée œdémateuse.

L'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux de la glotte est encore un phénomène purement consécutif. Il peut survenir dans l'anasarque générale, mais on l'observe principalement à la suite des inflammations du larynx, du pharynx, et des parties voisines, principalement chez des sujets dont les tissus sont lâches et mous, chez lesquels paraît prédominer le système lymphatique, et dont les phlegmasies prennent facilement la marche chronique. Les caractères fonctionnels de cette affection ne sont pas tellement distincts et

clairs, qu'on puisse facilement la distinguer de toute autre. Les malades éprouvent une gêne, un malaise dans la région du larynx, il leur semble que des mucosités obstruent le passage de l'air, et ils cherchent à s'en débarrasser par de fortes expirations; la voix est altérée, rauque, basse, discordante; la sensation d'un corps arrêté dans le pharynx excite des mouvements de déglutition; il n'existe aucun trouble dans les autres fonctions. Bientôt ces symptômes augmentent; les efforts d'expectoration sont plus fréquents; les inspirations sont principalement difficiles, parceque le bourrelet œdémateux s'engage dans la glotte et en diminue l'ouverture. La respiration est légèrement bruyante; la voix devient plus rauque et s'éteint entièrement. Les fonctions éloignées n'éprouvent encore aucun dérangement sensible, le malade ne s'inquiète nullement sur son état, qui ne paraît pas plus grave au médecin inattentif. Mais après quelques jours un accès de véritable suffocation vient troubler cette tranquillité; de nouveaux accès succèdent aux premiers, se rapprochent, sont plus violents; dans les intervalles qui les séparent la respiration n'est pas parfaitement libre. Le sommeil est bientôt interrompu par les angoisses de suffocation; l'appétit diminue, le pouls est petit et irrégulier. Nous ne décrirons pas les symptômes de l'affreuse anxiété que le malade éprouve, et dont il n'est délivré que par la mort, après un temps

plus ou moins long d'horribles souffrances et de désespoir. La percussion et l'auscultation ne donnent que des signes négatifs, mais cela même, et l'absence d'autres maladies du larynx et de la trachée, doit faire soupçonner l'œdème de la glotte. M. Thuillier, médecin de Limoges, a proposé, dans sa dissertation inaugurale, d'explorer la glotte au moyen du doigt indicateur ; on reconnaît, par ce moyen, un bourrelet saillant et mou qui ferme l'ouverture de la glotte, c'est le signe pathognomonique de cette maladie.

L'angine œdémateuse se termine ordinairement par la mort, soit dans un accès de suffocation, soit dans un moment de rémission et de calme apparent. On trouve à l'ouverture du corps un bourrelet mou, infiltré, jaunâtre, grisâtre, qui ferme presque entièrement l'ouverture de la glotte, qui doit y pénétrer par l'entrée de l'air, et en être chassé par sa sortie. Cette infiltration est assez consistante, tenace, comme identifiée avec le tissu cellulaire sous-muqueux ; la pression la déplace difficilement. On trouve ordinairement des traces d'inflammation chronique dans les organes environnants.

Les signes que nous avons exposés doivent suffire pour faire distinguer cette maladie de toutes les angines inflammatoires, des maladies dites nerveuses des voies aériennes, et plus encore des phlegmasies du poumon et de ses maladies chroniques.

Coqueluche.

La coqueluche est une inflammation spécifique des organes respiratoires. Je dis des organes respiratoires, parceque si la maladie a plus souvent son siége dans la division des bronches, les ouvertures de corps que j'ai faites m'ont prouvé que les poumons et les plèvres n'étaient pas moins souvent enflammés ; que si ce sont là des complications, elles sont au moins très fréquentes. Je dis aussi une inflammation spécifique, 1° parcequ'elle présente des expressions fonctionnelles particulières ; 2° parcequ'elle se transmet par contagion. Les faits dont j'ai été témoin ne me permettent pas de douter de cette dernière assertion. Dans les cas dont je parle il eût été impossible d'attribuer la maladie à une cause générale à l'influence de laquelle plusieurs personnes auraient été soumises. Une famille nombreuse arrive à la campagne au printemps dernier ; elle trouve les enfants du jardinier de la maison ayant la coqueluche ; d'abord un enfant âgé de quatre ans, qui jouait souvent avec l'enfant malade, contracte la coqueluche au bout de quelques jours. Les autres enfants, qui ne communiquaient pas avec ceux du jardinier, n'avaient pas encore cette maladie ; mais, après quelques jours, l'une des deux filles qui jouait le plus souvent avec son frère, déjà frappé, contracte la maladie ; la dernière, qui communiquait avec la jeune sœur et

peu avec son frère, en est affectée un peu plus tard; la mère, qui tenait souvent cette dernière sur ses genoux, est aussi atteinte de la maladie; enfin le père, et tous les domestiques qui avaient des relations avec les enfants, en sont successivement affectés. Dans la maison, et autour de la maison, les enfants et les personnes qui ne communiquaient pas directement avec les malades furent exempts de la maladie.

Les premiers symptômes de la coqueluche sont ceux du catarrhe et par conséquent très obscurs. Elle s'annonce, en effet, par de légers frissons, du larmoiement, la rougeur des yeux, la bouffissure du visage, et peu de réaction fébrile. La toux revient par quintes assez fréquentes et présente un caractère qui lui est propre, et difficile à décrire; elle est plus éclatante, plus sonore que la toux ordinaire; elle n'est suivie d'aucune expectoration, même chez l'adulte; à peine quelques crachats filants, limpides, sont-ils expulsés avec difficulté. La partie antérieure du cou est quelquefois douloureuse; il existe de la tristesse, de l'abattement, de l'inappétence; mais le malade n'accuse aucune souffrance. Les quintes de toux deviennent plus fréquentes, après huit ou dix jours, surtout pendant la nuit; une démangeaison irrésistible dans le larynx ou la trachée excite la toux; les inspirations et les expirations ne s'achèvent pas, sont irrégulières; une inspiration longue, pénible et

bruyante est suivie d'un grand nombre de secousses expiratoires : ces quintes sont accompagnées d'une grande anxiété. La respiration paraît interceptée par les efforts de la toux, la suffocation semble prochaine ; la face est gonflée, violette; les veines jugulaires sont distendues, les yeux saillants et remplis de larmes; l'accès se termine par quelques inspirations longues et sifflantes ; au bout de peu d'instants il recommence avec les mêmes caractères, et se termine par l'expulsion d'une matière filante, visqueuse, spumeuse, transparente, provenant des bronches ou de l'estomac, car il n'est pas rare que des efforts de vomissement se joignent à la toux ; ces matières sont quelquefois parsemées de stries sanguinolentes. Au bout d'un certain temps, les efforts de toux sont fréquemment suivis de véritables épistaxis ; le sang peut même s'échapper par les yeux et par les oreilles. Tous les efforts de la respiration provoquent les quintes; chez les enfants ce sont les cris, les pleurs ; après une course, un exercice un peu fort, après le repas, la toux est ordinairement plus violente : ces accidents varient suivant l'intensité de l'affection. Le cylindre ne fait reconnaître autre chose qu'un léger râle muqueux. Les phénomènes généraux sont ordinairement peu prononcés ; on observe cependant dans certains cas un appareil de réaction plus ou moins fort. La maladie peut rester stationnaire pendant un temps indéterminé, en

général fort long, quels que soient les soins que l'on donne aux malades. Enfin les accès diminuent de nombre et de violence ; la toux perd de son caractère, elle est suivie d'une expectoration de matière plus épaisse ; les quintes s'éloignent de plus en plus, cessent pendant plusieurs jours, se réveillent pourtant par la moindre cause, et souvent, après un, deux et trois mois, il peut survenir encore de véritables quintes de coqueluche.

La marche de cette maladie est continue, sa durée est de deux à trois mois plus ou moins ; elle peut être très intense, et se terminer par la mort. Les complications fréquentes qui surviennent causent fréquemment aussi une terminaison funeste. Telles sont les congestions cérébrales, les convulsions, la méningite, l'encéphalite, la gastro-entérite, et toutes les affections aiguës des poumons.

Les ouvertures du corps m'ont fait reconnaître des traces de la bronchite, de la pleurésie, de la pneumonie. M. Guersent a trouvé constamment la rougeur des bronches ; M. Laënnec la dilatation des derniers rameaux bronchiques, mais ce n'est évidemment là qu'un effet consécutif ; M. Breschet la rougeur extérieure des nerfs de la huitième paire dans deux individus.

Catarrhe pulmonaire, bronchite.

L'importance puérile que certains auteurs minutieux et diffus attachent à la moindre différence

anatomique ou fonctionnelle dans les maladies, n'est pas seulement une chose risible, mais elle occasione, pour le lecteur, une consommation de temps d'autant plus regrettable, qu'elle est sans le moindre avantage pour son instruction. Ces réflexions nous sont suggérées par la lecture de quelques ouvrages modernes d'écrivains verbeux qui se complaisent dans des détails surabondants, détails qui ne peuvent être d'aucune utilité pour ceux qui n'ont rien vu, et qui sont bien moins utiles pour ceux qui, ayant observé quelques malades, ont eu cent occasions de voir bien plus encore que ces auteurs ne pourront jamais décrire.

On ne doit donc s'attacher à présenter que les points véritablement intéressants des maladies, en laissant au lecteur le soin peu fatigant d'y rattacher les variétés secondaires.

Le catarrhe pulmonaire, auquel on a donné le nom de bronchite, bien que dans certains cas l'inflammation occupe la trachée-artère et remonte jusqu'au larynx, se présente sous plusieurs formes. Il peut être tellement léger qu'il ne constitue pas une maladie, c'est un *rhume* simple qui ne mérite pas une description particulière. Il peut présenter d'ailleurs tous les degrés d'intensité; il peut affecter la marche aiguë et la marche chronique.

L'inflammation des bronches à un certain degré d'intensité s'annonce par les phénomènes précurseurs communs à toutes les phlegmasies. Bientôt

le malade éprouve une douleur générale et profonde dans le thorax, une chaleur sous-sternale, une toux fréquente, sans expectoration d'abord, à moins qu'il n'y soit sujet, de la difficulté à respirer, et un appareil de réaction proportionné à l'intensité de la phlegmasie. A la vérité ce sont là les expressions fonctionnelles de la plupart des inflammations des organes respiratoires, et cependant la maladie dont nous parlons se distingue des autres avec la plus grande facilité, ce qui est dû au caractère même de ces divers symptômes. Ainsi nous verrons que la toux ne ressemble à aucune de celles que nous avons déjà décrites : elle n'est pas rauque, sifflante, striduleuse comme dans le croup ; elle n'a pas lieu par quintes férines comme dans la coqueluche ; la difficulté de respirer est moindre que dans les maladies du larynx ; la douleur est plus générale, plus profonde, plus sternale que dans la pneumonie, la pleurésie, la pleurodynie, etc. Ainsi, bien que ce soient des modifications morbides des mêmes fonctions et des mêmes organes, elles diffèrent assez entre elles pour pouvoir être distinguées. Lorsque le malade tousse, une espèce de déchirement, une douleur vive, ordinairement accompagnée de chaleur, se fait sentir sous le sternum. La toux peut cependant avoir lieu quelquefois sous forme de quintes, et dans ce cas occasioner vers la face la congestion que nous avons déjà décrite. L'épi-

gastre, les muscles abdominaux, fatigués par la toux, sont douloureux, souvent même à la pression. Lorsque l'expectoration est difficile, il n'est pas rare que les malades vomissent. Ces efforts de toux ne sont suivis d'aucun résultat dans le principe de la maladie, mais au bout de peu de jours ils produisent l'expulsion de crachats filants, visqueux, transparents, et d'autant plus tenaces que l'irritation est plus prononcée; ils sont quelquefois striés de sang. Les quintes se reproduisent en raison de la violence de l'inflammation, elles reviennent fréquemment et par la moindre cause, telles que les efforts de respiration, l'exercice, l'action de parler, de rire, de pleurer, etc., et surtout par l'impression du froid; elles affectent une espèce de périodicité, ou sont tout-à-fait irrégulières; elles laissent après elles des douleurs de tête, de l'oppression, de l'accélération dans le pouls et une fatigue générale. La difficulté de respirer est ordinairement moindre, avons-nous dit, que dans la plupart des autres affections thoraciques; il est cependant des cas où cette oppression est telle que la suffocation est imminente, et que même elle produit la mort, mais ce sont là des cas exceptionnels. Les matières expectorées méritent la plus grande attention de la part du médecin; leur quantité, leur consistance, leur couleur, leur saveur, leur odeur, enfin toutes leurs qualités physiques servent beaucoup à préciser l'état de la maladie, ses périodes, son in-

tensité, etc.: ainsi, dans le début, les crachats sont d'abord nuls, au bout de peu de jours diaphanes, plus ou moins visqueux, et même poisseux, cette consistance donne la mesure de l'intensité de l'inflammation. Vers la fin de la première semaine, la matière expectorée devient plus épaisse, plus opaque, elle est jaune, verdâtre; la toux n'est plus sèche, les crachats bien formés, bien agglomérés, sont rendus avec facilité. Ces phénomènes peuvent persister pendant quinze, vingt ou trente jours, après quoi l'abondance des matières expectorées diminue, elles reprennent leur transparence, enfin toutes leurs qualités physiologiques. En même temps la douleur, la chaleur thoraciques ont aussi diminué, les efforts de toux se sont éloignés, sont devenus moins pénibles, moins douloureux, et les symptômes généraux ont graduellement disparu. Dans le moment de la plus grande violence de la maladie, les crachats peuvent être d'une extrême abondance, ils peuvent aussi présenter une insupportable fétidité; mais c'est principalement dans le catarrhe chronique que ces symptômes s'observent. La percussion fait reconnaître que le thorax rend un son clair dans toute son étendue. Le cylindre donne la sensation d'un sifflement, d'un râle sec, sonore dans le principe, et plus tard du râle muqueux. La respiration se fait en général entendre partout; mais elle cesse quelquefois momentanément dans certains points

ce qu'on doit attribuer, ainsi que nous l'avons dit déjà, à l'obstruction des rameaux bronchiques par l'accumulation des matières muqueuses. Les symptômes généraux sont ceux de toutes les inflammations, ils sont plus ou moins forts suivant l'intensité du catarrhe; ils augmentent dans les paroxysmes. Cette maladie se termine ordinairement par résolution, elle peut aussi occasioner la mort. A l'ouverture des corps la membrane muqueuse bronchique est ordinairement rouge, par points, par stries, ou d'une manière générale; la couleur est ordinairement plus foncée dans la division des bronches; elle diminue en remontant vers le larynx. La membrane est souvent épaissie, rosée, boursouflée et comme mamelonnée; mais cette dernière apparence appartient principalement au catarrhe chronique; les divisions bronchiques renferment une certaine quantité de liquide semblable à celui qui a été expectoré pendant la vie, et cela dans une grande profondeur.

A la suite du catarrhe aigu, et souvent aussi d'une manière primitive, se montre le catarrhe chronique. Comme dans toutes les phlegmasies qui ont cette marche, les symptômes sont moins prononcés; des crachats, *glaireux*, filants, *séreux*, ou muqueux opaques, consistants, distincts, ou puriformes et diffus, sont expectorés avec plus ou moins de difficulté; ils sont précédés d'une toux fatigante, qui peut offrir d'ailleurs toute sorte

de caractères, et accompagnés de difficulté de respirer. La douleur thoracique est peu prononcée, une barre se fait sentir à l'épigastre ; les phénomènes généraux sont presque nuls : cependant l'abondance de l'expectoration entraîne assez souvent le marasme et la mort.

Les crachats glaireux, ou séreux et diaphanes, peuvent être très abondants; ils nous paraissent être, dans la plupart des cas, le résultat d'une simple exhalation augmentée, et dans ces cas, nous avons toujours trouvé qu'ils étaient consécutifs d'une maladie du cœur lorsque le poumon ou les bronches n'étaient pas affectés; nous pouvons même affirmer que cette exhalation bronchique est un des premiers signes et l'un des plus certains de l'existence d'une affection du cœur chez les vieillards. Il n'existe pas de palpitations, pas de dérangement dans le pouls, et déjà la respiration est gênée, et l'exhalation bronchique est augmentée. Cette espèce d'exhalation n'est nullement le signe d'une bronchite, et lorsque dans ce cas on trouve la rougeur et l'injection des bronches, cette injection et cette rougeur sont des effets purement mécaniques de la stase du sang dans ces parties, favorisée par la difficulté de la circulation. Il y a au contraire véritablement phlegmasie lorsque les crachats sont épais et opaques; et surtout lorsqu'ils sont jaunes ternes, diffus, purulents en un mot; alors les bronches sont rouges, boursouflées, et *souvent*

ramollies et réduites en une espèce de pulpe qui se détache facilement. C'est cette espèce de catarrhe qui conduit le plus ordinairement au marasme et à la mort, et que l'on peut confondre avec la phthisie pulmonaire. L'absence de pectoriloquie et l'âge ordinairement avancé du malade sont les seuls signes qui font reconnaître que cette dernière maladie n'existe pas.

A la suite du catarrhe chronique on trouve une multitude d'altérations pathologiques ; d'abord la rougeur infiniment variée des bronches de la trachée-artère ; quelquefois la pâleur de ces parties ; l'épaississement de la membrane muqueuse. Lorsque l'exhalation bronchique est consécutive d'une maladie du cœur, les bronches sont quelquefois presque noires. On les trouve ulcérées, perforées même de dedans en dehors et *vice versâ*. Leur diamètre est augmenté d'une manière uniforme ou inégale; il peut être diminué ; leurs parois sont épaissies ou amincies ; plusieurs de ces altérations peuvent être reconnues dans le vivant. La dilatation partielle des bronches peut produire la pectoriloquie, lorsqu'elle est portée à un certain degré; elle occasione un souffle remarquable dans un grand nombre de cas.

Bronchorrhée.

Il ne répugne nullement d'admettre que par une disposition organique particulière, qui est sou-

vent la suite d'une phlegmasie qui a disparu, ou par une espèce d'*habitude vicieuse*, l'exhalation bronchique ne puisse être considérablement augmentée ; mais si je m'en rapporte à mes recherches nécroscopiques, cette exhalation est toujours due à une maladie des organes de la circulation, qui ne s'annonce souvent que par ce phénomène. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont négligé de chercher cette cause organique qu'ils auraient sans doute rencontrée presque constamment.

Pneumonie.

L'inflammation du poumon est une maladie sérieuse et fréquente, et qui par ces motifs réclame toute l'attention du médecin. C'est aussi peut-être celle de toutes les maladies où éclate de la manière la plus frappante toute la puissance de l'art.

La pneumonie ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. Elle est étendue ou bornée, simple ou double, aiguë ou chronique, hypersthénique ou hyposthénique ; enfin elle se montre avec tous ses signes, avec quelques uns seulement ; ou bien enfin elle est entièrement latente. Dans son état simple et régulier, ordinairement après un frisson plus ou moins intense, le malade éprouve une douleur de côté, plus profonde, plus gravative que dans la pleurésie, n'augmentant pas par la pression, peu par l'inspiration, davantage par

l'expiration ; cette douleur est, à la vérité, plus manifeste lorsqu'il existe en même temps pleurésie, mais cette circonstance n'est pas nécessaire à son existence. On observe une toux plus ou moins fréquente, pénible, douloureuse, qui s'offre rarement sous la forme de quintes ; elle est sèche dans le commencement, où le malade n'expectore rien ou tout au plus quelques crachats bronchiques indépendants de la pneumonie. La dyspnée est ordinairement grande, mais, ainsi que les symptômes précédents, elle varie beaucoup suivant les individus ; elle est en général en rapport avec l'étendue de l'inflammation. La face est colorée, la peau chaude, le pouls fort, fréquent, la langue blanche, la soif vive, les urines rouges et rares, enfin il existe tous les symptômes d'une violente inflammation. Si l'on percute le malade à cette époque, le son qu'on obtient est encore clair dans toute l'étendue de la poitrine ; mais si l'on applique l'oreille sur le thorax, on peut entendre déjà le râle crépitant ; le murmure respiratoire est encore sensible partout. Dès le deuxième jour, et rarement après le troisième, la toux est suivie de l'expectoration d'une matière visqueuse très tenace, très adhérente aux parois du vase. Les crachats sont quelquefois diaphanes, légèrement écumeux, mais le plus ordinairement ils sont sanguinolents, rosés, rouges uniformément, et non sous forme de stries, rutilants, plus ou moins abon-

dants ; ils sont souvent rendus avec douleur ; peu abondants, d'autres fois leur quantité est considérable ; elle doit être, dans le cas régulier, d'une à deux onces par jour ; leur quantité plus ou moins grande n'est pas d'un bon augure. Ils peuvent être encore jaunes, safranés, verdâtres, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent. Il est en général favorable qu'ils soient peu colorés. A mesure que l'inflammation fait des progrès, les phénomènes locaux et généraux augmentent d'intensité. La difficulté de respirer se prononce de plus en plus, la toux est plus fréquente, l'expectoration plus pénible, plus douloureuse ; les crachats plus abondants, plus sanguinolents, plus visqueux. A cette époque le son rendu par la percussion commence à devenir plus obscur. La respiration se fait moins entendre, elle est plus forte que dans l'état naturel dans les portions saines du poumon ; le râle crépitant est moins sensible ; il est souvent remplacé par le râle muqueux. Les phénomènes fébriles ont suivi la même marche, ils se sont développés d'une manière proportionnée. Le décubitus a lieu sur le côté malade, mais plus souvent sur le dos ; enfin, vers le quatrième ou cinquième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, la pneumonie a atteint son plus haut degré d'intensité ; le son est complètement mat, le bruit respiratoire nul : cependant M. Andral prétend qu'on entend l'air pénétrer fortement dans les bronches, et s'ar-

rêter à leurs premières divisions. Les côtes se meuvent encore, mais la respiration *vésiculaire* est suspendue. Si la maladie doit se terminer par résolution, après quelques phénomènes appelés critiques, tels qu'une sueur plus ou moins abondante, etc. , ou sans ces phénomènes, tous les symptômes suivent une marche rétrograde; ils semblent passer par les mêmes phases qu'ils ont déjà parcourues pour arriver à leur point le plus élevé. Dans quelques cas ils restent stationnaires pendant quelques jours, et diminuent ensuite d'une manière plus ou moins rapide. A mesure que la respiration devient moins gênée, la toux moins fréquente, les matières expectorées plus rares, moins sanglantes, purement muqueuses, quelquefois opaques, le son redevient clair, la respiration se fait entendre de nouveau, ainsi que le bruit de crépitation; enfin les phénomènes fébriles diminuent dans le même rapport, et la convalescence se déclare. Le cylindre prouve cependant qu'il reste encore, pendant un temps plus ou moins long, un engorgement dans le poumon, car le murmure d'inspiration ne se rétablit qu'après que tous les signes fonctionnels ont disparu. Il n'est pas rare d'observer aussi une certaine fréquence dans le pouls pendant la convalescence. Tels sont les cas les plus simples.

Lorsque la maladie doit se terminer d'une manière funeste, les accidents, au lieu de diminuer,

persistent, et augmentent d'intensité. La difficulté de respirer devient plus grande, la toux est fréquente, douloureuse, pénible ; les crachats sont supprimés, ou bien ne sont pas en rapport avec la violence des accidents ; ils sont excrétés avec peine ; ils sont bruns, noirs, lie de vin, opaques, gris cendré, jaunâtres, etc. ; la douleur de côté a disparu, mais le son est complètement mat dans une grande étendue du thorax ; la respiration ne se fait plus entendre ; mais les matières muqueuses s'amassant dans les bronches, on entend le râle trachéal. La face est jaune autour des lèvres, du nez, des yeux ; les pommettes sont colorées ; le délire s'empare du malade ; une sueur visqueuse couvre le front, la face et tout le corps ; la peau est chaude ou froide ; le pouls petit, fréquent et mou ; le décubitus a lieu sur le dos ; la bouche est remplie de mucosités fuligineuses que le malade ne peut expectorer ; la langue est noire, la déglutition difficile et bruyante ; les déjections sont involontaires, et le malade ne tarde pas à mourir dans une espèce d'asphyxie.

Aucun signe n'annonce d'une manière positive que la pneumonie se termine par suppuration. On ne peut savoir par conséquent si cette terminaison peut être suivie du retour de la santé, ou si elle est toujours mortelle. Toutes les fois que des crachats opaques, purulents, ont succédé à une péripneumonie aiguë, j'ai vu périr les malades.

L'odeur fétide, évidemment gangréneuse, des matières expectorées et la prostration extrême des forces doivent faire reconnaître la terminaison par gangrène.

On a beaucoup parlé de la pneumonie chronique; on a dit qu'on l'observait fréquemment chez les vieillards; cette forme de l'inflammation du poumon est bien plus rare qu'on ne croit; il n'est pas commun qu'elle succède à l'état aigu; plus ordinairement elle est primitive. Elle est quelquefois entretenue par une maladie du cœur, et chez les sujets plus jeunes par des tubercules. Elle ne diffère de la précédente que par moins d'intensité dans les symptômes; mais principalement dans les symptômes fébriles, car pour les phénomènes locaux, ils sont quelquefois plus prononcés que dans l'état aigu. La percussion donne un son mat dans une plus grande étendue; la respiration ne se fait pas entendre. Les crachats sont souvent rouges, et tout-à-fait sanglants. La durée de cette maladie est moins longue qu'on ne pense communément; elle se termine en général par la mort, au bout de deux ou trois mois. Lorsque la pneumonie chronique est entretenue par des tubercules, elle présente une physionomie différente. Les crachats sont alors clairs et visqueux.

Lorsque l'inflammation occupe les deux poumons, les phénomènes que nous avons décrits s'observent des deux côtés; la dyspnée est plus

considérable, la suffocation est imminente, et le malade succombe en peu de temps. Si la pneumonie frappe un sujet jeune et pléthorique, on observe tous les symptômes d'une haute inflammation; la pneumonie est alors hypersthénique. Si elle attaque un sujet faible, les symptômes peuvent être dès le début ceux de la concentration ou de la prostration des forces; la pneumonie est hyposthénique.

Il arrive souvent que la pneumonie existe sans qu'on observe les phénomènes qui la caractérisent ordinairement; c'est la pneumonie latente, bien plus rare aujourd'hui, que nous possédons plus de moyens explorateurs, qu'elle n'était autrefois. Il peut arriver aussi que les symptômes de la pneumonie existent, et pourtant cette maladie n'exister pas, ainsi que nous en avons cité un exemple remarquable.

La pneumonie latente se manifeste souvent chez les vieillards, chez les idiots; enfin chez les sujets faibles et pourvus de peu de sensibilité. La douleur de côté est souvent nulle, ou bien les malades ne l'accusent pas; l'expectoration peut être supprimée, n'avoir jamais eu lieu, ou bien les crachats n'être pas sanguinolents. Dans ces conjonctures il est difficile de soupçonner une pneumonie: cependant l'altération des traits de la face, une légère dyspnée, un appareil fébrile très prononcé et peu proportionné avec les phénomènes locaux,

l'absence de toute autre affection qui puisse expliquer cet appareil de réaction, doivent porter le médecin à examiner le poumon par la percussion et par l'auscultation. Il est rare que ces deux moyens ne fassent pas reconnaître l'existence de la pneumonie. Il peut cependant arriver encore, 1° que la percussion ne puisse être opérée, parceque l'embonpoint ou l'infiltration s'y opposent; 2° qu'un épanchement dans le thorax en impose pour une hépatisation; 3° que le son soit mat des deux côtés à la fois; 4° que l'hépatisation occupe le centre ou la racine du poumon, etc.; 5° que la respiration soit empêchée par toute autre cause que par l'hépatisation; 6° enfin, que celle-ci soit circonscrite, profonde, et permette encore le bruit respiratoire. Il serait néanmoins fort extraordinaire qu'il existât assez de ces circonstances pour faire méconnaître la maladie.

Lorsque le malade succombe, le poumon est altéré de plusieurs manières. Si la mort a eu lieu dans les premiers jours de la maladie, la partie du poumon qui était le siége de l'inflammation est encore perméable à l'air; lorsqu'on la presse, elle est encore crépitante, mais moins que dans l'état sain. Si on la coupe, elle est rouge, rutilante, brune, violette; un fluide sanguinolent, légèrement écumeux, s'échappe des parties divisées; si on veut la déchirer, la cohérence des molécules, leur ténacité, est encore très grande. on

les sépare difficilement. Un peu plus tard, le poumon est moins crépitant; il est plus mou, se déchire avec plus de facilité; il est à peu près imperméable à l'air; il ressemble au tissu de la rate; il est splénisé. Plus tard encore, le poids du poumon est augmenté; il a cessé d'être crépitant, il est entièrement imperméable à l'air; en le coupant, on ne distingue plus aucune vésicule; il est mat comme un morceau de chair; la surface, divisée, paraît marbrée, elle est rouge, striée de noir et de gris; il s'en découle un fluide sanglant. Si on le déchire, il se divise avec facilité; la partie déchirée est visiblement granuleuse; la portion séparée se précipite au fond de l'eau. Cet état du poumon ressemble parfaitement, quoiqu'on en ait dit, au tissu du foie : il est peu de comparaisons aussi exactes que celle-là. Certes ces deux états ne sont pas identiques, mais on trouverait difficilement un rapprochement semblable. De toutes les comparaisons admises journellement par les gens qui rejettent celle-ci, il n'en est aucune qui donne une idée plus nette de l'objet qu'on veut faire connaître. La consistance n'est pas la même sans doute, mais les apparences extérieures sont frappantes de ressemblance. Nous croyons donc que l'on doit conserver le nom d'*hépatisation*.

Lorsque la pneumonie se termine par suppuration, l'état que nous venons de décrire se modifie de telle sorte que la couleur rouge se convertit en

gris. Un fluide vraiment purulent s'infiltre dans la substance du poumon, qui, dans cet état, offre encore moins de résistance que dans le précédent; il se déchire avec une telle facilité, que la moindre pression produit des cavités qui se remplissent de pus, et qu'on pourrait prendre pour des abcès. Lorsqu'on déchire un poumon hépatisé de la sorte, il présente aussi un aspect grenu. Lorsqu'on le coupe, il s'échappe un fluide épais, grisâtre, purulent, sanguinolent, etc. On a vu de véritables abcès dans le parenchyme pulmonaire, mais ces faits sont encore très rares.

Lorsque la pneumonie s'est terminée par gangrène, le poumon offre des plaques désorganisées, blanches, grisâtres, noires, verdâtres, très fétides, exhalant l'odeur propre à la gangrène, se déchirant avec la plus grande facilité, laissant le poumon irrégulièrement ulcéré, hépatisé dans les points de contact, etc.

Dans la pneumonie chronique, on trouve le poumon *endurci* et présentant la couleur rouge ou grise.

Lorsque la pneumonie se résout, ce que nous avons pu observer lorsqu'un individu succombait, pendant sa convalescence, à une maladie étrangère, la portion enflammée diminue de volume, reprend de la souplesse, de la crépitation, de la résistance; sa couleur est verdâtre, brune, noire, facile à distinguer de la gangrène à sa résistance, à l'absence de la fétidité, etc.

On peut observer dans le même poumon presque tous les degrés de l'inflammation que nous venons de décrire. Une portion est hépatisée grise, une autre hépatisée rouge, une troisième splénisée, une quatrième crépitante, engouée. La plèvre est souvent recouverte d'une fausse membrane molle, peu adhérente; sa cavité contient quelquefois une légère quantité de sérosité.

Pleurésie.

La pleurésie est générale ou partielle, simple ou double, aiguë ou chronique; l'inflammation de la plèvre se déclare d'une manière subite ou graduelle; un frisson plus ou moins long et violent en signale le début, précédé ou non d'autres phénomènes morbides. Une douleur ordinairement vive et pongitive se fait sentir vers la région des mamelles ou sur d'autres points du thorax; elle est circonscrite ou diffuse; elle paraît quelquefois avoir son siége dans l'hypochondre et même dans les flancs; elle augmente par la percussion, par la pression entre les côtes, par l'inspiration, la toux, les efforts respiratoires, les mouvements du tronc, le décubitus sur le côté malade; elle est vive, continue ou rémittente; les malades redoutent de tousser ou de respirer; elle est modérée, à peine sensible, et même nulle; d'abord faible, elle devient plus violente après quelques jours; bientôt elle diminue et cesse complètement. La respiration

est nécessairement gênée, les premiers jours, par la douleur, qui occasione des inspirations incomplètes, et une toux arrêtée dans son cours, et plus tard, par l'épanchement. La dyspnée est d'ailleurs très variable dans l'un et dans l'autre cas. La toux est sèche, comme imparfaite, fréquente, et quelquefois nulle. Lorsque vers la fin de la maladie elle est accompagnée de crachats muqueux, c'est qu'il existe en même temps complication de bronchite et d'une autre affection. La matière expectorée ne peut provenir de la plèvre que lorsqu'il s'est établi une communication entre cette cavité et les bronches; la fétidité extrême des crachats, leur odeur hydro-phosphorique, alliacée, leur abondance après une pleurésie manifeste, doivent faire soupçonner cette communication, laquelle n'arrive guère que dans la pleurésie chronique. Le décubitus a lieu dans les premiers jours sur le côté sain, dans certains cas sur le dos, d'autres fois le malade se tient sur son séant. La dilatation du côté malade est moindre dans les actes respiratoires que du côté sain, ce qu'on doit attribuer encore à la douleur; la respiration s'entend moins au moyen du cylindre. La percussion ni l'auscultation ne fournissent d'ailleurs aucun signe bien clair dans les commencements de la maladie, ce n'est que lorsqu'il se forme une collection de liquides que ces moyens d'exploration fournissent des données utiles; et l'expérience nous a prouvé que

ce n'était jamais dans les premiers jours. Lorsque l'épanchement est déjà assez considérable, le son rendu par la percussion est obscur, principalement vers les régions les plus déclives, ou dans les parties qui circonscrivent l'épanchement, lorsqu'il est partiel. Le bruit de la respiration diminue à mesure que la quantité de liquide augmente ; il cesse complètement lorsque la cavité pleurale est entièrement remplie. Ces modifications dans la respiration sont susceptibles de quelques différences, suivant la position qu'occupe le poumon : ces différences sont peu importantes. Une respiration forte, une espèce de souffle qui se fait entendre dans les rameaux bronchiques, remplace quelquefois le bruit de la respiration, d'après M. Andral, qui attribue ce phénomène à ce que le poumon, comprimé, n'est plus perméable à l'air. Lorsque le malade parle, on entend l'égophonie, dont le caractère est d'ailleurs très variable, et dont la signification est fort douteuse. Lorsque l'épanchement se forme la douleur de côté diminue, devient gravative, la dyspnée se prononce davantage ; la toux est petite, sèche, fréquente, elle augmente par le mouvement ; le malade se couche sur le dos en inclinant vers le côté affecté ; il suffoque s'il veut se coucher sur le côté sain. Le côté malade est bombé, les espaces intercostaux sont plus considérables de ce côté, qu'on trouve plus ample que l'autre, lorsqu'on le mesure, comme nous l'avons précédemment in-

diqué. Les téguments sont quelquefois infiltrés, rarement le bras correspondant.

La pleurésie est accompagnée de phénomènes généraux proportionnés à son développement. Elle peut avoir une marche très rapide, se terminer en quelques jours par la mort ou par la résolution. Dans ce dernier cas les symptômes locaux et généraux diminuent avec plus ou moins de rapidité, et tout rentre dans l'ordre physiologique. Lorsqu'il existe un épanchement, il peut être résorbé ; il peut s'établir une communication au dehors soit au moyen des bronches, soit à travers les parois du thorax.

On a décrit plusieurs variétés de pleurésie, suivant que l'inflammation occupait la plèvre costale, pulmonaire, diaphragmatique, interlobaire, etc. Nous ne croyons pas ces distinctions très importantes. La pleurésie peut d'ailleurs se compliquer avec toutes les maladies du thorax, et avec les phlegmasies abdominales et encéphaliques.

Lorsque le malade succombe on rencontre des altérations très variées. Si la mort a été prompte, la membrane est sèche, elle paraît rouge, injectée, mais les arborisations vasculaires occupent le tissu sous-jacent, et non la plèvre elle-même ; d'autres fois cette membrane est elle-même le siége de l'injection ; la rougeur est disposée en points, en plaques, en stries. L'épaisseur de la plèvre n'est pas augmentée, elle conserve même ordinairement sa transparence ; quelquefois elle se détache avec facilité

des parties auxquelles elle est adhérente. Dans les premiers jours il ne se forme ordinairement aucune collection de liquide, mais plus tard la cavité pleurale contient un fluide séreux plus ou moins abondant, jaunâtre, clair, limpide, mais le plus souvent opaque, trouble, contenant des flocons albumineux qui se précipitent au fond. La quantité de ce liquide peut être telle qu'il refoule le poumon contre la colonne vertébrale, le diaphragme dans l'abdomen, le cœur sous le sternum, etc. Dans quelques cas le liquide contenu présente l'aspect d'un pus véritable, ou l'apparence gélatineuse, il est alors contenu dans des aréoles d'un tissu morbide, spongieux, celluleux; il est rare que le fluide soit sanguinolent, du moins lorsqu'il n'existe aucune cause traumatique. La sérosité peut être rougeâtre, et la membrane pénétrée, imbibée de la même couleur, lorsqu'il existe un commencement de décomposition. Les pseudo-membranes qui résultent de l'inflammation de la plèvre sont un phénomène très digne d'attention. Dans les premiers temps elles consistent en concrétions albumineuses, molles, sans résistance; plus tard elles prennent de la ténacité, elles s'organisent même; des vaisseaux se forment, dit-on, dans leurs mailles; mais il est plus probable qu'ils y arrivent par la membrane séreuse, à la manière des conferves, par une véritable végétation. La forme de ces membranes est très variée; des brides,

des linéaments, des lames, des points, des alvéoles, semblent être leur trame primitive; leur surface est lisse, polie, rugueuse. Des adhérences celluleuses s'établissent entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale, et donnent naissance à des espèces de réseaux inextricables. Toutes ces membranes finissent par acquérir une grande consistance lorsque le travail inflammatoire est depuis long-temps terminé. La couleur des fausses membranes est ordinairement la même que celle des liquides que les plèvres contiennent. Elles sont généralement fort épaisses, d'autres fois elles ne surpassent guère l'épaisseur de la plèvre. Plusieurs de ces tissus morbides peuvent être superposés; dans ce cas la dernière couche est toujours moins dense que celles qui avoisinent la plèvre. Ces fausses membranes peuvent se convertir, à la longue, en tissu fibreux et osseux, c'est ce que nous observons souvent chez les vieillards; chez les individus phthisiques, il y naît fréquemment des tubercules. Ces altérations morbides existent d'un seul ou des deux côtés; elles sont plus ou moins étendues, suivant que l'inflammation a elle-même été générale, locale, simple, double, bornée ou étendue. Le poumon, ordinairement refoulé par le liquide, cesse d'être crépitant; il est, en général, mou, sans hépatisation ni splénisation, sa *ténacité* est encore grande, il se déchire avec difficulté, il est petit, comprimé; il peut quel-

quefois reprendre son volume par l'insufflation.

La plupart des lésions que nous venons de décrire ne peuvent se former que lorsque l'inflammation passe à l'état chronique. La pleurésie chronique doit se soupçonner aux symptômes suivants : lorsqu'il a existé une pleurésie aiguë, tous les accidents ont diminué d'intensité, et ont persisté à un certain degré ; on reconnaît avec cela tous les signes d'un épanchement dans le thorax. D'autres fois la pleurésie a revêtu le caractère chronique dès le principe : ce cas est plus obscur ; on peut cependant le reconnaître à l'aide de la percussion, de l'auscultation, et aussi par l'examen des modifications fonctionnelles. La respiration est généralement difficile, gênée ; la gêne augmente par l'exercice, par les impressions morales et par tous les efforts des poumons. Les actes respiratoires sont plus fréquents et moins étendus ; la toux est petite, sèche, fréquente ; il existe d'ailleurs tous les signes d'un épanchement. La face est pâle, jaunâtre ; le pouls est petit, fréquent, surtout le soir ; la peau chaude; on observe en un mot tous les symptômes de la fièvre hectique. Lorsque l'épanchement est résorbé, le poumon ne reprend pas son volume; les côtes s'affaissent sur lui, le thorax est déprimé dans cet endroit.

Pleurodynie.

C'est ainsi qu'on a nommé le rhumatisme des pa-

rois du thorax. On reconnaît la pleurodynie à la douleur superficielle augmentant par une légère pression, par les mouvements du bras correspondant; quelquefois, lorsqu'elle est intense, par les efforts de toux et par les longues inspirations. Elle simule la pleurésie; mais la difficulté de respirer est moins grande. Il n'existe pas de toux sèche, à moins d'une complication, et surtout on n'observe pas de phénomènes de réaction. Si la pleurésie était portée au point d'occasioner une aussi vive douleur, il existerait un appareil fébrile très prononcé.

Hémoptysie.

L'hémorrhagie pulmonaire n'est encore qu'un symptôme; rarement existe-t-elle seule, indépendante de toute lésion étrangère, et peut-elle être regardée comme une maladie idiopathique. Il importe donc de distinguer à quelle lésion organique elle appartient; mais il importe d'abord de constater l'existence de l'hémoptysie, et d'établir que le sang rejeté ne vient pas de l'estomac. La plupart de nos considérations générales sont applicables à l'hémoptysie; et ce que nous avons dit de l'hématémèse, des hémorrhagies en général, du vomissement et du crachement de sang, dans notre premier volume, doit singulièrement éclaircir le diagnostic de cet accident.

L'hémoptysie survient quelquefois tout-à-coup au moment où l'individu s'y attend le moins; elle

se déclare par l'expulsion de quelques crachats sanglants ; ordinairement elle est précédée de gêne, de pesanteur, d'anxiété, de tension, de chaleur dans la poitrine, dans le dos, entre les épaules, derrière le sternum ; d'oppression ; enfin de lassitudes, de refroidissement des extrémités, de fréquence du pouls, c'est-à-dire de tous les symptômes qui peuvent annoncer une congestion vers la poitrine. Bientôt le malade éprouve un bouillonnement pénible dans le thorax, preuve irrécusable de la présence du sang dans les divisions des bronches. La difficulté de respirer augmente, parceque l'air pénètre avec peine dans le poumon, où il produit un sifflement remarquable. Une saveur douceâtre ou salée, une titillation vive du larynx, annoncent que le sang va s'échapper. En effet, un effort de toux est bientôt suivi de l'expectoration d'une certaine quantité de ce fluide. S'il s'amasse en trop grande abondance dans les voies aériennes, l'anxiété est portée à un haut degré, et des mouvements presque convulsifs de resserrement du thorax, chassent en dehors, avec violence, des flots de sang, qui s'échappent en même temps par la bouche et par le nez, et peuvent, en titillant la luette, provoquer le vomissement ; les matières que l'estomac contient peuvent alors se mêler au sang ; ce fluide peut aussi passer dans le pharynx, et être conduit dans l'estomac par la déglutition. La percussion donne un son clair dans

toute l'étendue du thorax, mais on entend le râle muqueux. Lorsque l'exhalation sanglante est peu considérable, le sang peut être rejeté sans toux préalable. La quantité de sang perdu dans l'hémoptysie est infiniment variable. Il est en général vermeil, écumeux, sans mélange de matières étrangères; lorsqu'il a séjourné quelque temps dans les voies aériennes après avoir été exhalé, il peut être plus ou moins foncé, noir.

Les symptômes généraux sont ceux de l'hémorrhagie en général. Nous avons dit à propos de l'hématémèse comment on pouvait distinguer ces deux maladies, nous n'y reviendrons pas.

On reconnaît que l'hémoptysie est idiopathique, l'effet d'une simple exhalation primitive, lorsqu'elle arrive sur un sujet auparavant bien portant, à poitrine large, bien conformée, et sur lequel peut avoir agi une cause directe, telle que des efforts de chant, de déclamation, des cris, le froid ou le chaud excessifs, la respiration de vapeurs âcres, etc. On reconnaît qu'elle est symptomatique de tubercules, etc., lorsqu'il existe quelques symptômes de phthisie pulmonaire; qu'elle est consécutive d'anévrysme du cœur ou de l'aorte, aux signes qui caractérisent ces affections; qu'elle est supplémentaire d'une autre hémorrhagie ou des règles, lorsqu'elle survient à la suite de la disparition de ces hémorrhagies. L'hémoptysie est rarement critique. On doit admettre des hémoptysies avec hypersthé-

nie, hyposthénie, et des hémoptysies moyennes; ce qu'on distingue par les phénomènes généraux qui les accompagnent. Enfin l'hémoptysie se reproduit fréquemment plusieurs fois dans le cours de la vie. D'après le siége de l'hémorrhagie, on a encore cherché à distinguer l'hémoptysie qui provient du larynx, de la trachée ou des bronches; mais ces distinctions sont loin d'être solidement établies. On a admis aussi des hémorrhagies bilieuses, sur la foi de Stoll. Nous pensons que ces assertions méritent d'être remises dans le creuset d'une expérience nouvelle.

Suivant les diverses circonstances que nous venons d'exposer, l'hémorrhagie des voies aériennes affecte une marche et une durée différentes, à peu près indéterminables d'une manière générale. On conçoit que le pronostic et le traitement ne sauraient être les mêmes.

Nous pouvons en dire autant des altérations organiques que l'on rencontre à sa suite. Lorsqu'il n'y a eu qu'une simple exhalation, la membrane muqueuse est plus ou moins rouge, violette, boursouflée; elle est encore teinte de sang, ou, au contraire, exsangue, pâle et décolorée. Lorsque l'hémoptysie est symptomatique ou consécutive, on trouve une multitude de lésions dont elle est l'effet et la suite; tels sont les tubercules, les ulcérations, les ruptures plus ou moins considérables des vaisseaux pulmonaires; les altérations du tissu du poumon par

l'inflammation, la grangrène; toutes les productions accidentelles; la rupture de l'aorte ou d'un gros vaisseau dans la trachée-artère; l'hypertrophie ou l'anévrysme du cœur, etc.

Apoplexie pulmonaire.

Ce que nous avons dit de l'apoplexie pulmonaire à la page 403 de notre premier volume est suffisant pour faire reconnaître cette maladie, d'ailleurs assez rare.

Tubercules pulmonaires, phthisie.

Les premiers symptômes que produisent les tubercules pulmonaires sont une toux sèche, ou accompagnée d'une expectoration glaireuse, filante, une oppression légère; des douleurs vagues dans la poitrine, principalement entre les épaules, une ou plusieurs hémoptysies. Ces symptômes persistent avec une certaine opiniâtreté, disparaissent pour revenir bientôt. Après un certain temps les malades maigrissent, et perdent de leurs forces. A cette époque la percussion donne un son naturel dans toute l'étendue de la poitrine, et l'auscultation laisse entendre le murmure respiratoire : cependant on peut déjà redouter la présence des tubercules, car ces symptômes ne sont pas ceux d'une maladie aiguë, ils ne sont pas ceux du catarrhe chronique. Lorsqu'ils ont persisté pendant un temps plus ou moins long, d'autres phénomènes viennent se joindre à eux. Les alternatives de frisson et de

chaleur se déclarent, des sueurs nocturnes surviennent; l'appétit se perd, la toux est fréquemment suivie de vomissement. Il est rare qu'on observe déjà du dévoiement, mais la maigreur et la faiblesse font dès lors des progrès sensibles. La toux devient plus fréquente, surtout la nuit; les crachats sont plus épais, ils sont striés de lignes jaunes, verdâtres, qui sillonnent une espèce de solution mucilagineuse; on y trouve quelquefois des concrétions, qu'on a comparées à du riz crevé par l'ébullition; vers la dernière période les matières expectorées sont jaunes, vertes, grisâtres, diffuses au fond du vase. L'hémoptysie se répète fréquemment, la gêne de la respiration, les douleurs se prononcent de plus en plus; elles ont parfois le caractère pleurétique. L'auscultation fait reconnaître alors, dans un grand nombre de cas, une pectoriloquie plus ou moins parfaite, le râle muqueux, le gargouillement; la percussion ne rend souvent aucun son, quelquefois aussi elle fait entendre une résonnance plus grande que dans l'état normal. C'est à cette période de la maladie que les ulcérations de la trachée-artère, de l'épiglotte et du larynx, qui accompagnent si souvent la phthisie, décèlent leur présence par les symptômes qui leur sont propres. Le pouls est ordinairement fréquent, petit et mou; la peau est chaude, surtout à la tête, au cou, à la poitrine, à la paume des mains, à la plante des pieds, et ces parties sont

souvent couvertes de sueur. La soif est vive, les efforts de toux sont suivis de vomissement; l'appétit décroît, ainsi que les forces; une diarrhée plus ou moins opiniâtre et abondante s'établit; la maigreur devient extrême; enfin la mort arrive dans le dernier degré de marasme ou de fièvre hectique, à moins qu'un accident n'enlève prématurément le malade. Tel est le tableau succinct des désordres que produit la phthisie pulmonaire, tableau que nous n'avons pas voulu interrompre par des réflexions, pour laisser une image plus frappante de cette terrible maladie.

Cette affection est presque toujours longue, et presque toujours aussi se termine d'une manière funeste : on a pensé, dans ces derniers temps, qu'elle pouvait se terminer par une véritable cicatrisation; mais il n'existe jusqu'ici que des probabilités à cet égard, les cas où cette terminaison arrive ayant été peu observés.

La phthisie pulmonaire étant une maladie très fréquente et très grave, mérite que nous nous arrêtions quelques instants sur les symptômes principaux qui l'accompagnent.

Des tubercules crus, isolés, disséminés dans le poumon, ne doivent donner lieu à aucune modification fonctionnelle, puisqu'ils ne gênent nullement l'action de ce viscère. Aussi arrive-t-il fréquemment qu'on ouvre des individus dont les poumons contiennent des tubercules, et chez lesquels

il n'a jamais existé le moindre dérangement dans les fonctions de ces organes; de sorte qu'il est vraisemblable que dans la majorité des cas on ne peut connaître l'origine de la maladie. Lorsque ces tubercules sont réunis en assez grand nombre, le tissu pulmonaire se trouve légèrement comprimé, l'air ne pénètre que difficilement dans les cellules de son parenchyme, dès lors il se déclare une légère dyspnée. La difficulté de respirer est donc rigoureusement le premier phénomène qu'on doit observer, et c'est aussi ce qui arrive. Mais l'agglomération d'un certain nombre de tubercules ne peut se faire sans déterminer le besoin d'expulser ces corps étrangers; alors la toux se déclare : cette toux, dans les cas simples, et dans le principe, ne peut être que sèche; car que pourrait-elle expulser ? plus tard elle est suivie d'une expectoration de matières muqueuses d'abord diaphanes; pourquoi? c'est que ces efforts de toux déterminent une irritation légère des bronches, et augmentent leur sécrétion naturelle. C'est ce que nous verrons aussi pour les maladies du cœur, et ce qui arrive pour la pleurésie. Il peut arriver que cette toux opiniâtre détermine une véritable bronchite, alors des crachats muqueux et opaques sont rendus par l'expectoration. Des douleurs plus ou moins profondes et vives doivent exister, puisqu'aucun organe ne saurait s'altérer, du moins en général, sans faire naître une certaine souffrance.

Lorsque ces douleurs sont très vives, c'est que la plèvre s'enflamme ou que quelque partie éminemment sensible se trouve altérée ; elles sont en général modérées, sans doute à cause de la lenteur de la maladie. La faiblesse et l'amaigrissement sont aussi le résultat inévitable de ce genre d'altération, puisqu'elle empêche l'hématose, source de toute force et de toute nutrition. Jusqu'ici l'on conçoit que les autres fonctions ont pu rester étrangères au travail qui s'est opéré dans les organes de la respiration ; mais lorsque les tubercules ont envahi un grand espace pulmonaire, et que dans leur intérieur il se fait un ramollissement, qu'à leur périphérie il s'établit une inflammation ulcérative, alors les expressions fonctionnelles locales et générales doivent nécessairement changer ; un mouvement fébrile, d'abord peu prononcé, doit se manifester ; la toux, la dyspnée doivent augmenter. La matière expectorée reste encore la même ; mais lorsqu'un rameau bronchique vient à être ulcéré, une matière variable par sa couleur, sa consistance, sa quantité et son odeur doit se mêler aux premiers crachats. Aussi ne tarde-t-on pas à voir paraître, au milieu des mucosités rendues jusque là par les malades, des filaments opaques, gris, verdâtres, des fragments tuberculeux ; enfin du véritable pus de mauvaise nature, clair, liquide, grisâtre, grumeleux, quelquefois très abondant et très fétide, enfin présentant toutes sortes

d'aspects très bien décrits par M. Louis dans ces derniers temps. Des hémoptysies fréquentes peuvent aussi se montrer : la face s'altère, les yeux sont brillants, les pommettes saillantes et rouges, les tempes creuses ; l'insomnie est continuelle ; la peau chaude, sèche, ou couverte de sueur, avec alternative de frisson ; l'appétit se perd, la maigreur devient excessive. C'est alors que les ulcérations venant à s'établir dans les voies aériennes et digestives, la voix devient rauque et s'éteint, le dévoiement s'empare du malade ; les extrémités inférieures s'infiltrent, et le marasme, occasioné par la souffrance, par le défaut de nutrition, et par les pertes produites par la sueur et la diarrhée colliquative, entraîne le malade dans la tombe.

Telle est la marche la plus régulière de cette horrible maladie ; mais il n'est pas rare que, par des circonstances individuelles inexplicables dans l'état actuel de la science, beaucoup de ces symptômes ne manquent : ainsi la toux, la dyspnée, la douleur, peuvent ne pas exister ; on a vu l'expectoration n'avoir pas lieu, etc. Il peut arriver aussi qu'un grand nombre d'entre ces phénomènes soient plus prononcés qu'ils ne devraient l'être, etc. Ces anomalies se présentent dans toutes les maladies, sans qu'on se soit avisé jusqu'ici de s'appuyer sur elles pour révoquer en doute la certitude de l'art, et pour rejeter ce que nous connaissons de positif et de régulier.

Parmi les symptômes de la phthisie il en est un qui mérite une mention partieulière, c'est l'hémoptysie : elle est bien souvent le premier phénomène qui annonee la présence des tubercules ; mais nous pensons que déjà ces produetions accidentelles devaient exister lorsque le crachement de sang s'est manifesté ; qu'elles étaient à l'état latent, mais que déjà cependant elles avaient altéré le tissu pulmonaire. Nous n'ignorons pas qu'on a voulu faire de l'hémoptysie une cause de la phthisie; mais les probabilités sur lesquelles on se fonde ne nous ont pas convaincu. Nous ne nions pas qu'il n'y ait des hémoptysies par simple exhalation, et que des individus hémoptoïques soient morts sans tubercules; mais cela ne fait pas que, dans les eas de phthisie pulmonaire, lorsque l'hémoptysie a lieu, elle ne soit le plus souvent qu'un effet et non une cause. Le crachement de sang arrive d'ailleurs au commencement, au milieu ou à la fin de la maladie.

La difficulté de respirer est variable ; elle est surtout très grande lorsqu'une grande partie du poumon est envahie par des tubercules ou par quelque exeavation vaste, ou que la maladie affecte une marche aiguë.

Lorsqu'on percute la poitrine, le son est en général plus clair que chez les individus sains, ce qui provient ordinairement de la maigreur des malades, de l'existenee d'une grande cavité vide, et

plus rarement d'un emphysème, d'un pneumothorax, etc. Le son est au contraire plus obscur lorsqu'il existe une quantité de tubercules telle que le parenchyme pulmonaire cesse d'être perméable à l'air. Il est quelquefois mat partiellement, lorsqu'il existe une hépatisation circonscrite, ou une masse bornée de tubercules. Enfin il peut rester comme dans l'état naturel, lorsque l'air pénètre encore dans les cellules pulmonaires.

L'application de l'oreille fait reconnaître plusieurs bruits que nous avons déjà décrits. La respiration peut être plus forte que dans l'état naturel dans les portions restées saines, lorsque, dans une certaine étendue, le poumon a cessé d'être perméable à l'air. Elle cesse de se faire entendre dans les lieux entièrement envahis par les tubercules; elle peut être seulement plus obscure lorsque l'air peut encore pénétrer dans les interstices médiocrement comprimés. Lorsque le poumon est imperméable, on entend aussi une respiration, un souffle très marqué, qui s'arrête dans la division des bronches. Lorsque l'air pénètre dans une caverne vide, il semble que l'individu souffle dans une bouteille vide : c'est la respiration caverneuse, amphorique. On peut entendre le gargouillement lorsque la cavité est à moitié remplie de liquide; si l'on entend ce bruit dans des lieux ordinairement occupés par des cavernes, il rend leur existence très probable. Enfin, la pectoriloquie se fait en-

tendre lorsqu'il existe une caverne vide, communiquant avec les bronches ; d'un diamètre médiocre, dont les parois sont minces, endurcies, et voisines des enveloppes du thorax. Lorsqu'il existe de l'air et du liquide dans une vaste excavation tuberculeuse, on entend le tintement métallique. L'auscultation ne peut faire reconnaître la phthisie que dans un degré déjà très avancé ; elle ne peut donner que de légères probabilités dans les premiers temps. Dans beaucoup de cas où les individus succombent sans qu'il se soit formé de cavernes, la pectoriloquie n'aura pas lieu. Ce moyen d'exploration n'en est pas moins fort utile, quoiqu'il ne le soit pas autant que l'avait pensé son inventeur.

Les tubercules coexistent avec de nombreuses altérations ; les plus fréquentes sont la pneumonie générale ou partielle, simple ou double ; la pleurésie, l'hydrothorax ; des ulcérations dans la trachée-artère, l'épiglotte et le larynx ; l'hydropéricarde, le ramollissement du cœur, des lésions de l'aorte ; la distension de l'estomac, l'inflammation, le ramollissement de sa membrane muqueuse, son ulcération, sa destruction ; des ulcérations plus ou moins larges et profondes dans l'intestin grêle et dans le gros intestin ; l'inflammation, la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la membrane qui les tapisse ; les tubercules des glandes du cou, des aisselles, des lombes, du mésocolon, surtout du mésentère ; l'état graisseux du foie ; l'ulcéra-

tion de la vésicule, l'inflammation de sa membrane; le ramollissement de la rate, son état tuberculeux; le même état des reins, de la prostate, des vésicules séminales, de l'utérus; la péritonite, l'ascite; l'épaississement de l'arachnoïde; l'injection du cerveau, son ramollissement partiel et général, etc. A toutes ces altérations se rattachent des expressions fonctionnelles capablesde les faire reconnaître dans le vivant. Nous devons faire connaître celles que produit l'ulcération de la trachée-artère, du larynx et de l'épiglotte.

L'ulcération de l'épiglotte produit une douleur fixe à la partie supérieure, ou au-dessus du cartilage thyroïde immédiatement, la gêne de la déglutition, la sortie des boissons par le nez, le pharynx et les amygdales étant parfaitement sains; d'ailleurs symptômes ci-dessus décrits.

L'ulcère du larynx s'annonce quelquefois par une douleur au larynx, de l'ardeur, de la sécheresse dans cette région, de l'altération dans la voix, de l'enrouement, de l'aphonie. Ces symptômes sont d'autant plus marqués que l'altération est plus profonde et plus étendue. La toux est comme déchirée et sifflante; la déglutition est libre.

Celui de la trachée-artère ne donne ordinairement lieu à aucun symptôme; quelquefois le malade accuse le sentiment d'un obstacle placé derrière le sternum, une gêne dans la déglutition, une

espèce de douleur au larynx ; de la dyspnée dans quelques cas rares.

Pour les altérations organiques que les tubercules laissent après eux, nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit au commencement de ce volume sur ce chapitre. Quant aux ulcérations dont nous venons de parler, elles sont plus ou moins superficielles ou profondes, avec rougeur, pâleur, épaississement, endurcissement ou amincissement de la membrane muqueuse qui les circonscrit ; elles semblent formées par un emporte-pièce. Elles ont leur siége ordinairement à la partie postérieure de la trachée-artère ; dans le voisinage des ventricules du larynx, à la face inférieure de l'épiglotte ; elles altèrent et détruisent souvent le fibro-cartilage de la trachée-artère, produisent des perforations ; elles sont uniques ou multiples, etc.

Productions accidentelles.

Malgré les progrès incontestables que le diagnostic des maladies thoraciques a faits de nos jours, on n'est point encore parvenu à différencier les nombreuses productions accidentelles dont le poumon peut être le siége. Lorsqu'elles sont peu volumineuses, elles ne produisent aucun signe qui puisse déceler leur présence ; si elles sont volumineuses, on reconnaît bien leur existence, mais on ne peut reconnaître quelle est l'espèce d'altération

qui existe. Ainsi les tubercules disséminés ne produisent pas de phénomènes locaux; lorsqu'ils sont agglomérés, ils donnent un son mat par la percussion, et empêchent la respiration. Les dégénérescences mélanées, encéphaloïdes, cancéreuses en général; les kystes, les hydatides; les productions pétrées, osseuses, cartilagineuses et autres, lorsqu'elles n'ont encore atteint qu'un petit volume, ne sont pas sensibles; et lorsqu'elles occupent un espace considérable, elles empêchent aussi la respiration, et produisent le son mat, et en tout de manière qu'il est impossible de les différencier pendant la vie, au moins dans l'état actuel de la science.

Cependant ce qu'on ne peut pas faire par la réflexion, par la lecture des auteurs, la nature vous l'inspire quelquefois; et de là le grand avantage de l'interroger. J'ai eu occasion, dans mes cours de clinique, d'annoncer un jour une *cartilagination* de la plèvre droite, et cela dans un temps où le stéthoscope n'était pas encore en vigueur. L'ouverture du corps justifia mon assertion. Voici le fait.

Une femme, de cinquante-cinq ans environ, éprouvait une gêne extrême de la respiration, surtout du côté droit; il n'y avait pas de battements du cœur, la gêne de la respiration était primitive; les signes fonctionnels n'étaient pas ceux de la phthisie pulmonaire; il n'y avait jamais eu de crachements de sang, ni aucun signe qui pût faire

croire que le poumon fût lésé profondément; et, quoique la maigreur fût assez marquée, il n'y avait ni sueurs, ni dévoiement, etc. Il avait existé autrefois une douleur de côté avec réaction fébrile. La maladie était restée stationnaire pendant long-temps. En percutant la poitrine, le son n'était pas *mat*, mais obscur, à la partie antérieure et latérale, bien que la malade fût couchée sur le dos. Quelle que fût la position que l'on donnât à la malade, le son obscur occupait le même lieu; il n'existait aucune espèce d'infiltration ni aux membres, ni au thorax. En ordonnant une forte inspiration, les côtes de ce côté se soulevaient encore, mais avec peine.

Voici quel fut mon raisonnement aux élèves: La malade a une affection chronique du côté droit de la poitrine; la difficulté de respirer habituelle en est le symptôme, elle ne dépend pas d'une affection du cœur. La malade n'est pas phthisique, elle n'en présente pas les caractères; elle est déjà dans un âge où cette maladie devient rare. Elle n'a pas une pneumonie chronique; elle n'a eu aucun des signes qui caractérisent cette maladie à l'état aigu: d'ailleurs elle ne durerait pas si long-temps. La maladie n'occupe même pas le tissu du poumon, car le son n'est qu'obscur, et le poumon se dilate encore; elle a donc son siége au dehors. Est-ce un épanchement? non; car quelle que soit la position imprimée à la malade, l'obscurité du son ne change

pas de place. Il n'y a d'ailleurs aucune saillie des espaces intercostaux, aucun œdème. Mais il a existé une pleurésie; il y a donc des adhérences? non, car de simples adhérences ne peuvent pas produire l'obscurité du son. *Il faut donc qu'il y ait un corps peu épais interposé entre la plèvre et le poumon; et comme il y a déjà fort long-temps que la maladie existe, ces fausses membranes doivent être passées à l'état cartilagineux, et avoir environ une ligne d'épaisseur.* La malade mourut. La plèvre costale, à la partie antérieure et latérale droite, était couverte d'une fausse membrane cartilagineuse, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur. Mais est-il possible de donner en préceptes ces manières de distinguer les maladies, que la présence seule des malades vous inspire? Il nous arrive de reconnaître ainsi une multitude de cas qu'on croirait impossibles à distinguer de prime abord. Les signes, les moyens de parvenir à cette connaissance ne sont pas écrits dans les livres, et ne peuvent pas y être. Celui qui les découvre les oublie après s'en être servi, et à chaque instant il s'en présente de nouveaux. Il faut donc voir faire, et tous les livres du monde ne sauraient remplacer cette improvisation.

Granulations pulmonaires.

Nous avons vu que des médecins très recommandables regardaient cette altération pathologique comme le premier degré des tubercules; nous

avons vu aussi que d'autres médecins non moins estimables adoptaient l'opinion contraire. L'incertitude augmente encore lorsqu'on fixe son attention sur les signes distinctifs de ces productions morbides. On est forcé de convenir que les caractères assignés par Bayle à cette maladie ne sont rien moins que positifs; que ces caractères peuvent se rencontrer tout aussi bien dans les tubercules, et même dans d'autres altérations chroniques du poumon. Quoi qu'il en soit, les phénomènes locaux, tels que la gêne de la respiration, les douleurs thoraciques, les crachats écumeux, clairs, les hémoptysies, sont très prononcés, et les symptômes généraux ne le sont pas d'une manière relative. Cette affection dure très long-temps sans porter atteinte à la nutrition, ce qui est l'inverse dans les tubercules pulmonaires. La respiration est quelquefois obscure au cylindre, lorsque ces corps sont en si grand nombre qu'ils compriment le tissu du poumon ; ils n'occasionent la pectoriloquie que lorsqu'il existe simultanément quelque cavité dans le poumon, et le râle trachéal que dans les cas où un catarrhe bronchique les complique, ou qu'il existe quelque fonte tuberculeuse.

Cancer du poumon.

Cette maladie est très rare. Je l'ai observée, et j'ai pu la reconnaître quelquefois, pendant la vie,

aux signes d'une maladie chronique du poumon, aux douleurs lancinantes que le malade éprouvait, aux caractères généraux du cancer, et principalement à la circonstance d'un cancer concomitant de l'utérus ou du sein. Les caractères anatomiques sont les mêmes que nous avons souvent exposés.

Mélanose du poumon.

Le poumon est fréquemment le siége de cette dégénérescence, mais ses caractères anatomiques ont bien plus attiré l'attention des pathologistes que son expression fonctionnelle. Ses symptômes sont ceux des autres maladies chroniques du thorax, et ne sont nullement capables de la faire distinguer des autres altérations morbides chroniques.

Emphysème du poumon.

L'emphysème du poumon n'est, suivant nous, qu'un phénomène purement consécutif, et les auteurs qui l'ont admis comme une cause de l'asthme étaient obsédés par une idée préconçue; ce qu'il est impossible de ne pas conclure de leurs propres observations ; car, dans les faits qu'ils citent, *tous les malades avaient des affections organiques du cœur.* Comment ne pas conclure dès lors que l'emphysème n'était lui-même que l'effet des efforts respiratoires? Je pense donc qu'on a ajouté à cette lé-

sion organique une importance bien plus grande qu'elle ne mérite réellement ; qu'on a pris encore ici l'ombre pour le corps, et que l'on doit remonter à la maladie primitive.

Quoi qu'il en soit l'emphysème produit, soit par la dilatation des cellules bronchiques, soit par l'épanchement d'air dans le tissu cellulaire interlobulaire, se reconnaît aux symptômes de l'asthme, c'est-à-dire à la difficulté de respirer, à ceux du catarrhe chronique, mais surtout aux signes locaux suivants : lorsqu'il n'occupe qu'un côté, ce côté est plus volumineux que l'autre ; les espaces intercostaux en sont plus larges ; il rend un son plus clair que l'autre, et cependant la respiration ne se fait pas entendre dans la plus grande partie de ce poumon, le bruit de la respiration est très faible là où il s'entend ; on perçoit en même temps un léger râle sibilant.

Si les deux côtés sont affectés le son est très clair à la percussion, la poitrine est bombée, comme cylindrique ; la respiration est nulle dans toute l'étendue du thorax, ou s'entend fort peu ; le *cliquetis de la petite soupape* s'entend dans toute l'étendue du thorax.

Pneumo-thorax.

Nous avons donné les signes de cet accident, qui est bien plus rare qu'on ne le croirait d'après les descriptions des auteurs ; ce qu'il y a de posi-

tif, c'est qu'on ne l'observe presque jamais chez les vieillards.

Œdème du poumon.

L'œdème du poumon, dont nous avons donné les caractères anatomiques dans notre premier volume, page 402, n'est aussi qu'un phénomène secondaire, et ne mérite pas l'importance qu'on a voulu y attacher récemment.

Hydrothorax.

Nos principes généraux sont entièrement applicables à l'hydrothorax, accident purement consécutif, selon nous, dans le plus grand nombre des cas ; il ne mérite guère aussi qu'une attention médiocre : c'est la maladie primitive qu'il s'agit de reconnaître et de combattre. Et qu'importe en effet un peu plus ou un peu moins de sérosité, si le malade est frappé d'un anévrysme du cœur? Quelle est d'ailleurs la quantité de liquide qui constitue l'hydrothorax? Lorsqu'il n'y a que quelques onces de sérosité, y a-t-il hydrothorax? Quoi qu'il en soit, voici les signes auxquels on peut reconnaître une collection séreuse ou séroso-purulente, dans la cavité des plèvres. Dans le début de l'épanchement, il est très difficile de constater la présence du liquide; on ne reconnaît alors que la maladie primitive, qui occasione l'hydropisie. La seule gêne de la respiration, qui d'ailleurs est commune avec la plupart des maladies du poumon et du cœur

pourrait faire soupçonner le commencement d'un hydrothorax. Mais lorsque déjà le fluide est accumulé en quantité assez considérable pour remplir une partie de la poitrine, il signale sa présence par des phénomènes en général faciles à saisir. Ces phénomènes varient suivant que l'hydrothorax est double ou qu'il est simple. Dans le premier cas, le thorax est bombé des deux côtés ; les espaces intercostaux sont plus larges que dans l'état naturel ; il peut exister une fluctuation sensible et de l'empâtement dans les parois thoraciques. La percussion donne un son mat *à la partie la plus déclive de la poitrine*. Si le malade est debout ou assis, le son est mat à la région inférieure, circulairement, et clair à la partie supérieure ; s'il est couché sur le dos, le son est clair à la partie antérieure, mat à la postérieure ; s'il est couché sur le ventre, le contraire se remarque. Si l'on applique l'oreille, la respiration ne se fait pas entendre ; elle est seulement sensible à la région dorsale ; on entend d'ailleurs de l'égophonie, phénomène peu certain, ainsi que nous l'avons démontré antérieurement. Le malade reste ordinairement assis pour respirer plus librement. Si la collection du liquide n'existe que d'un côté, les signes locaux que nous venons d'exposer ne s'observent que du côté malade, et le décubitus a lieu sur ce côté.

Les signes fonctionnels de l'hydrothorax sont très variables ; et cela doit être, puisqu'il n'est qu'un

effet d'une multitude d'altérations diverses. La difficulté de respirer est à peu près le seul symptôme qu'il occasione constamment. La respiration est petite et fréquente, surtout après les repas, après les exercices du corps, ceux de la voix et de la parole. Lorsqu'il existe de l'air en même temps que du liquide, on peut entendre distinctement un bruit de fluctuation. Quelquefois le malade, en se couchant, éprouve la sensation d'un liquide qui remonte vers la partie supérieure et postérieure du thorax ; en se relevant, cette sensation suit une route inverse. Il ressent de la gêne, de la pesanteur dans la poitrine, de l'anxiété derrière le sternum ; la toux est fréquente et sèche, ou suivie d'une expectoration spumeuse.

Les symptômes généraux sont modifiés par la maladie primitive ; ils sont cependant le plus ordinairement ceux de l'hydropisie.

La face est pâle, terne, ou bleuâtre, bouffie ; le pouls faible ; la peau froide, œdématiée surtout autour du tronc, et aux membres thoraciques ; toutes les fonctions languissent, les forces abandonnent le malade, etc.

Lorsque l'hydropisie est précédée ou accompagnée d'inflammation, on observe tous les phénomènes de cette dernière : la peau peut être chaude, le pouls vif et dur, la soif ardente, etc. En fixant son attention sur la maladie primitive, il est presque toujours possible de découvrir la cause organi-

que de la collection séreuse ou séroso-purulente aux signes qui caractérisent les diverses affections qui peuvent produire l'épanchement ; on doit même distinguer l'épanchement purulent ou séroso-purulent de celui qui est simplement séreux. Des phénomènes inflammatoires préalables, des symptômes généraux de réaction concomitants, devront faire reconnaître la collection purulente de celle qui n'est que séreuse.

Le fluide contenu varie pour sa quantité, sa couleur, sa consistance, et souvent même son odeur. La plèvre paraît inaltérée lorsque l'épanchement est consécutif d'une maladie éloignée ; elle est seulement légèrement opaline. Dans le cas où il a existé une pleurésie, on retrouve toutes les traces de cette phlegmasie.

Asthme.

Nous ne reviendrons pas sur les discussions auxquelles nous nous sommes livré dans le premier volume de cet ouvrage. Nous pensons qu'il en est résulté la conviction que cette maladie n'est point une affection nerveuse *chez les vieillards;* et que *chez eux*, elle dépend constamment d'une altération organique sensible, en général, des organes de la circulation, quelquefois des poumons, et même d'organes plus éloignés. Mais ce que nous n'avons pas prétendu, et ce que cependant on nous a fait dire, c'est que, *dans les autres âges,*

l'asthme était aussi constamment le résultat d'une lésion organique. Je pense que cela doit arriver souvent ainsi, et l'analogie me porte à le croire; mais il n'est pas impossible que l'innervation pulmonaire soit affectée de manière à produire dans quelques cas rares les phénomènes de l'asthme. Ces phénomènes consistent en une difficulté périodique de respirer : nous avons cité la description sommaire de Cullen et de Pinel. Nous nous croyons dispensé de nous étendre davantage sur ce sujet. Voyez tome Ier page 361 et suivantes.

Angine de poitrine.

Qu'est-ce que c'est que l'angine de poitrine? Nous voici tombés dans ce vague pénible où jettent les maladies dont on ignore les caractères organiques; on est presque réduit à répondre qu'on ne sait ce qu'elles sont; tant sont utiles les lumières de l'anatomie pathologique! Notre opinion est que, presque toujours, ce qu'on a appelé angine de poitrine n'est ordinairement qu'un symptôme de quelque maladie organique du cœur et du poumon. Du moins toutes les fois que chez les personnes avancées en âge (et l'on sait que c'est principalement chez elles qu'on observe cette maladie) j'ai eu occasion de rencontrer les phénomènes de l'angine de poitrine, il existait constamment quelques unes des lésions dont je viens de parler, et principalement quelques altérations du

cœur ou des gros vaisseaux. Si cette assertion, que nous pourrions appuyer de faits particuliers, paraît douteuse, le lecteur en trouvera la confirmation dans les recueils périodiques et dans les annales de quelques sociétés de médecine, où l'on trouve des *angines de poitrine compliquées de maladie du cœur*. Cependant comme le poumon est pourvu et entouré de nerfs, et que ces nerfs n'ont sans doute pas le privilége d'être à l'abri de névralgies, il ne serait pas impossible que les nerfs pneumo-gastriques, le plexus pulmonaire et cardiaque, ne fussent atteints de cette sorte d'affection, ainsi que l'ont pensé Jurine, M. Desportes, et beaucoup d'autres. Toutefois on ne saurait être trop réservé sur l'admission de semblables suppositions. Les signes de l'angine de poitrine sont : une douleur soudaine, vive, poignante, un serrement violent ordinairement dans le côté gauche, ou sous le sternum, quelquefois à droite. Lorsque l'individu qui en est saisi vaque à ses affaires, qu'il marche, il est obligé de s'arrêter tout-à-coup par crainte de la syncope ou de la suffocation. Le repos fait disparaître cette douleur, au bout de quelques minutes. Les premières attaques sont courtes, assez légères, et ne laissent après elles aucunes traces, ou simplement une espèce d'engourdissement. Mais bientôt, sous l'influence des plus légères causes, ces accès se reproduisent et avec un plus haut degré de violence, et une durée plus longue.

La douleur se propage aux membres thoraciques et semble se fixer aux attaches des muscles pectoraux, d'où elle s'étend quelquefois jusqu'à l'extrémité des doigts, et produit un engourdissement qui suspend leur action. Dans certaines circonstances la face paraît partager cette souffrance; la voix est altérée, et le malade est menacé de strangulation. Au milieu de ces angoisses, qui varient d'ailleurs beaucoup suivant les sujets, la respiration est peu dérangée, elle est seulement un peu plus fréquente que dans l'état naturel. On conçoit que la circulation doit présenter des phénomènes variables suivant que ses organes sont sains ou malades, et que les symptômes généraux doivent être plus variables encore. La face est pâle ou colorée, le tronc semble agité de mouvements convulsifs occasionés par la douleur ; la peau est froide ou chaude, couverte d'une sueur visqueuse; des nausées, des vomissements, peuvent ajouter à l'anxiété du malade, que tourmente encore l'idée d'une mort prochaine. Les accidents diminuent peu à peu, et la santé revient d'une manière plus ou moins rapide, plus ou moins complète. Lorsque l'attaque a été forte, il reste une fatigue excessive, un engourdissement très prononcé pendant un temps indéterminé. Cette maladie, qui peut durer des mois et des années, guérit quelquefois, mais se termine plus souvent d'une manière funeste.

La principale différence qui existe entre cette

affection et l'asthme, c'est que dans celui-ci la difficulté de respirer est le principal symptôme, dans celle-là c'est la douleur.

L'ouverture des corps a fait reconnaître, dans le plus grand nombre des cas, des lésions organiques variées, principalement dans les organes de la circulation.

Différences principales qui existent entre les maladies précédentes.

En se rappelant les caractères des maladies que nous venons de décrire, on reconnaît dans chacune d'elles des signes particuliers qui doivent les faire reconnaître les unes des autres. Celles qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique, et que l'on pourrait confondre les unes avec les autres, sont, chez les enfants, la bronchite simple, le croup et la coqueluche ; dans tous les âges, le catarrhe aigu, la pneumonie, la pleurésie, la pleurodynie; le catarrhe chronique, la phthisie pulmonaire. Je ne parle pas de l'œdème du poumon, de l'emphysème, et du pneumo-thorax, accidents purement consécutifs et bien moins communs que les précédents.

Nous avons vu que dans la bronchite simple la toux plus ou moins forte ne présentait pas la résonnance, le timbre métallique, le son rauque qu'elle a dans le croup ; que l'inspiration n'est pas sifflante, que la respiration est moins gênée, que

l'appareil fébrile est moins prononcé, et que la maladie marche avec moins de rapidité, s'aggrave moins promptement. La voix croupale, qui se manifeste dès le commencement du croup, empêche d'ailleurs toute méprise. Le faux croup, après avoir déployé une violence extrême, se calme en peu d'heures, et suit une marche inverse au précédent; quant à la coqueluche, elle se développe ordinairement avec lenteur, s'annonce par des quintes, est rarement accompagnée de fièvre, et n'offre dans le caractère de la voix rien qui puisse la faire confondre avec le croup.

Dans le catarrhe pulmonaire, le son est clair dans toute l'étendue de la poitrine, la respiration s'y entend partout quoique un peu plus obscure que dans l'état naturel, et manquant quelquefois par l'obstruction des bronches; il existe du râle muqueux; il n'y a pas de crachement de sang; la douleur est sous-sternale ou diffuse. Dans la pneumonie, râle crépitant, douleur profonde, augmentant par l'inspiration, crachement de sang, son obscur, puis mat du côté douloureux, souvent décubitus sur ce côté. Dans la pleurésie, douleur vive, aiguë, pongitive, augmentant par l'inspiration, quelquefois par la pression entre les côtes; toux sèche, sans expectoration; son clair par la percussion, absence du râle. Dans la pleurodynie, douleur vive, augmentant par la pression, même exercée sur les côtes, par les mouvements du tho-

rax et du membre thoracique correspondant, absence de toux, d'expectoration, et généralement d'appareil très prononcé de réaction.

Le catarrhe chronique peut être confondu avec la phthisie pulmonaire, mais il produit en général un dépérissement moins prompt ; il est d'ailleurs bien plus rare qu'on ne pense ; il faut une cause persistante pour l'entretenir, il est rarement idiopathique, et cette cause est en général facile à reconnaître; il n'existe d'ailleurs jamais de pectoriloquie. Dans la phthisie pulmonaire le son a souvent été mat à la partie supérieure du thorax, la respiration a cessé de s'y faire entendre; enfin, dans le grand nombre des cas, au moment où on peut la confondre avec le catarrhe chronique, on observe la pectoriloquie.

Nous devons redire ici ce que nous avons déjà dit d'une manière générale pour toutes les maladies, et ce que nous avons répété pour quelques unes d'entre elles en particulier. Lorsque les maladies marchent d'une manière régulière, normale (et c'est heureusement le plus ordinaire), le diagnostic offre peu de difficultés au médecin instruit et attentif; mais il n'en est pas toujours ainsi, et par des circonstances individuelles ou accessoires, inappréciables dans l'état actuel de la science, les maladies se présentent dépourvues de plusieurs de leurs caractères essentiels ; elles se présentent avec des phénomènes qui leur sont étrangers ; enfin leur

marche est embarrassée par le concours de maladies simultanées, etc. Alors les difficultés sont souvent insurmontables; que ne faut-il pas de tact, d'habitude, de discernement, pour ne pas s'égarer dans ces dédales obscurs !

§ II. Diagnostic des maladies des organes circulatoires, du cœur et de ses dépendances.

Les maladies du cœur, quoique très nombreuses, étaient ignorées des anciens; ce n'est qu'au moment où l'anatomie pathologique a révélé les désordres que ces maladies laissent après elles, qu'on a pu les reconnaître. Aussi n'est-ce qu'à la renaissance des lettres qu'on doit faire remonter nos premières connaissances sur ces affections. Les travaux de Lancisi, de Valsalva, de Bonet, de Morgagni, de Sénac, jetèrent, pour ainsi dire, les fondements de cette branche nouvelle de la médecine, que portèrent plus tard à un bien plus haut degré de perfection les savantes lucubrations des Portal, Corvisart, Kreysig, Burns, Testa, Meckel, Hogdson, Laënnec et Bertin. Quelques jeunes médecins, tels que MM. Louis, Bouillaud, Bérard aîné, ont aussi ajouté quelques pages à l'histoire de ces maladies; et, après eux, nous oserons citer nos mémoires sur l'asthme des vieillards, et sur les ruptures du cœur, sur la distinction des anévrysmes, comme n'ayant peut-être pas été sans utilité pour le sujet qui nous occupe.

Les altérations morbides du cœur sont bien plus connues que les expressions fonctionnelles auxquelles elles donnent lieu. Nous tâcherons cependant de les distinguer les unes des autres. Ces maladies, attaquant un même organe, doivent produire des phénomènes semblables, c'est-à-dire le trouble dans les fonctions de cet organe; nous avons déjà vu qu'il en était ainsi pour tous les viscères que nous avons examinés; mais ces altérations n'arrivant pas de la même manière, n'occupant pas le même siége, n'étant pas identiques dans leur nature, doivent produire des modifications fonctionnelles propres à les faire reconnaître.

Les symptômes communs des maladies du cœur sont la perversion de la circulation, et de la respiration qui n'en est, pour ainsi dire, qu'une division; quelques phénomènes locaux, enfin des phénomènes généraux et sympathiques. Les diverses apparences, les diverses combinaisons de ces phénomènes entre eux, nous conduiront à reconnaître l'espèce d'altération qui existe. Les principales lésions dont nous allons nous entretenir sommairement sont la péricardite, l'hydropéricarde, la cardite, l'endurcissement, le ramollissement, l'hypertrophie, l'atrophie, l'anévrysme, les altérations des parois du cœur, la communication des cavités, les ruptures, les ossifications, les palpitations nerveuses, et quelques maladies de l'aorte.

Péricardite.

L'obscurité qui a régné jusqu'ici sur le diagnostic de l'inflammation du péricarde commence à se dissiper ; les recherches de M. Louis n'ont pas peu contribué à cet heureux résultat ; mais, malgré le soin et la précision qui ont dirigé son travail, nous croyons que ce ne sera qu'à la faveur d'observations ultérieures qu'on pourra s'élever à une description générale et complète de cette affection.

Quoique cette maladie passe pour très difficile à reconnaître dans le vivant, il ne nous est presque jamais arrivé de la méconnaître, et l'ouverture des corps nous a rarement découvert de péricardites que nous n'eussions reconnues et annoncées dans le vivant. Un de ces faits les plus curieux qui nous soit arrivé est celui qui a été recueilli par M. Foville, et que nous avons cité dans notre ouvrage sur le ramollissement du cerveau. Nous ne vîmes la malade qui en fait le sujet qu'un jour et en passant. Voici ce fait, qui fera connaître les motifs qui fondèrent notre diagnostic. Deux jours après son entrée à l'infirmerie, une femme de soixante ans, forte et robuste, tomba dans une perte profonde de connaissance ; le lendemain ses yeux étaient fixes, comme convulsés ; les paupières fortement ouvertes ; la face était fortement colorée, excitée ; la peau chaude, les membres dans une immobilité presque absolue ; mais, en la pinçant, on déter-

minait des mouvements des deux côtés, dans les bras et dans les jambes. *Le pouls était d'une telle faiblesse qu'on le sentait à peine*, ainsi que les battements du cœur, qui étaient lents et obscurs. Bien que les symptômes cérébraux pussent dépendre d'une méningite ou d'une congestion, nous pensâmes cependant que l'état de la circulation n'annonçait pas une maladie du cerveau, et nous fûmes conduit à reconnaître une péricardite, 1° parceque les signes généraux encéphaliques sont souvent sympathiques d'une maladie éloignée; 2° parceque l'obscurité du pouls ne pouvait dépendre d'une altération du cerveau; 3° parcequ'elle ne pouvait dépendre non plus d'une maladie des poumons ou de l'abdomen; 4° parceque l'examen des poumons ne fit reconnaître aucune altération dans ces organes; 5° parceque les phénomènes de réaction, tels que la coloration et la chaleur à la peau, annonçaient une vive inflammation d'un organe important; 6° enfin, qu'il ne pouvait y avoir qu'une maladie du péricarde ou du cœur qui donnât lieu à ces phénomènes, en empêchant, interceptant, l'action du principal organe de la circulation; et comme les accidents étaient nouveaux et très aigus, ils ne pouvaient appartenir qu'à l'inflammation. L'ouverture du corps confirma ce jugement, et c'est ainsi que nous sommes arrivé souvent à la connaissance de cette maladie. On peut voir cependant qu'il manquait des signes bien

importants, tels que la douleur dans la région précordiale, et l'absence du son mat dans cette région; je dis l'absence du son mat, non pas qu'elle fût réelle, mais la percussion n'ayant pas été pratiquée, puisque la valeur de ce signe n'était pas encore connue, cette absence existait véritablement pour nous.

Lorsque la péricardite se présente avec tous les signes qui la caractérisent, qu'elle est simple et à l'état aigu, elle est presque aussi facile à reconnaître que les autres maladies. Ainsi, lorsque chez un sujet, auparavant en bonne santé, il survient tout-à-coup, à la suite d'un frisson et d'autres phénomènes précurseurs d'une inflammation, une douleur vive, poignante, dilacérante, etc., dans la région du cœur, sous le sternum, et s'étendant même vers l'épigastre, et quelquefois entre les épaules; une oppression plus ou moins forte, des palpitations, de l'irrégularité et de l'intermittence dans le pouls, un son mat dans la région du cœur, lorsqu'il est clair dans toute l'étendue du thorax; quelquefois des syncopes et de l'infiltration, et qu'en même temps il n'existe aucun autre signe de phlegmasie du poumon ou de la plèvre, on devra reconnaître une péricardite.

L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur du bruit, semblable au craquement du cuir neuf, que l'on a cru entendre au moyen du cylindre. Si cette inflammation se présentait toujours

avec tous ces signes, nul doute en effet qu'on ne dût la reconnaître ; mais ce qui rend ce diagnostic difficile, c'est que, 1° dans le plus grand nombre des cas, la péricardite existe, et beaucoup des signes que nous venons de tracer manquent; 2° c'est que la plupart de ces signes sont communs à toutes les maladies du cœur ; 3° c'est qu'il existe souvent, concurremment avec la péricardite, des pneumonies, des pleurésies, des hydrothorax, qui en masquent les symptômes et empêchent de la reconnaître.

Dans beaucoup de cas, l'invasion de la maladie n'est pas brusque ; elle peut survenir chez un sujet déjà malade. La douleur est obscure et bien souvent n'existe pas du tout ; on est ainsi privé d'un des signes les plus précieux. Il est rare que l'oppression ne se fasse sentir ; mais ce symptôme accompagne toutes les maladies du cœur, et même celles des organes de la respiration. L'observation prouve que les palpitations sont loin d'exister toujours, et d'ailleurs elles n'indiquent autre chose qu'un trouble dans les organes de la circulation. Nous devons en dire autant de l'irrégularité et de l'intermittence du pouls. Quant aux syncopes, elles sont peu fréquentes dans cette maladie, et lui sont communes avec une multitude d'autres affections ; l'infiltration ne survient guère que dans les péricardites chroniques avec épanchement, et lorsqu'elles succèdent à une ancienne affection du cœur. Reste

donc le son mat dans la région du cœur seulement; mais pour cela il faut que la péricardite soit simple; car s'il existe pneumonie, pleurésie, hydrothorax du côté gauche, ce qui arrive souvent, ce signe devient nul; de plus, il faut qu'il y ait épanchement d'un liquide dans le péricarde, ce qui n'a pas lieu dans le commencement de la maladie. Il est juste de dire que toutes ces difficultés ont été franchement abordées et discutées par M. Louis, qui n'en persiste pas moins à croire que la péricardite peut fort bien être reconnue dans une multitude de cas, et nous partageons son avis. Les difficultés que nous venons de signaler existent pour toutes les maladies; il n'en est aucune qui se décèle par des signes pathognomoniques; c'est toujours par la réunion d'un certain nombre de symptômes qu'on les reconnaît: toutes sont obscures quand il manque un certain nombre de leurs signes; toutes sont obscures lorsqu'elles sont compliquées avec d'autres affections. On devra donc reconnaître la péricardite lorsqu'elle présentera la série des symptômes que nous lui avons attribués; on devra la soupçonner lorsqu'il n'en existera qu'une partie.

Indépendamment des signes que nous avons exposés, il peut encore en exister d'autres, moins importants à la vérité, mais qui, joints aux premiers, peuvent cependant faciliter le diagnostic: tels sont la position assise; une agitation extrême, qui force le malade à changer à chaque instant de

situation; une toux sèche, un grand appareil fébrile, l'augmentation des accidents par le moindre exercice, par l'émotion la plus légère, par l'action de parler, de tousser; l'expression de souffrances; l'absence ou le désordre des battements du cœur, la petitesse, l'insensibilité du pouls; quelquefois l'œdème des membres inférieurs; la couleur violette des lèvres, du nez et des joues, etc.

La péricardite aiguë marche avec plus ou moins de rapidité; elle peut se terminer en deux ou trois jours, et d'autre fois se prolonger jusqu'aux quatrième, cinquième septénaires et au-delà. Elle se termine fréquemment par la guérison, ainsi que l'attestent les adhérences anciennes qui unissent souvent la péricarde au cœur. Corvisart la croyait toujours mortelle. Elle ne se termine par la mort que dans le plus petit nombre des cas. A l'ouverture des corps, on trouve les altérations que laissent après elles les inflammations des membranes séreuses, avec quelques légères modifications. On rencontre des fausses membranes, des épanchements séreux, séroso-purulents, séroso-sanguinolents, ou de pus presque pur. Il faut prendre garde de confondre avec les effets de la péricardite une certaine quantité de liquide rougeâtre, et une couleur rouge du cœur et du péricarde, qui ne sont que le résultat de la pénétration et de l'imbibition, suite d'une putréfaction commençante. Cette couleur rouge ressemble parfaitement à une macéra-

tion véritable ; elle est uniforme, comme placée à l'aquarelle par couches légères. Les fausses membranes sont récentes ou anciennes : dans le premier cas, elles sont molles, plus ou moins épaisses, peu adhérentes ; elles présentent l'aspect d'un réseau ; elles sont ondulées, comme imbriquées, enfin offrent mille apparences diverses; j'en ai vu qui ressemblaient parfaitement au tissu d'une éponge. Lorsque les fausses membranes sont très anciennes, que l'individu a succombé à une maladie étrangère à la péricardite, il existe des adhérences générales ou partielles, plus ou moins intimes, denses et serrées ; on prétend que les plaques blanches qu'on rencontre sur le cœur sont le résultat d'anciennes phlegmasies partielles.

La péricardite peut affecter la marche chronique. Les symptômes auxquels elle donne lieu sont les mêmes que les précédents, seulement ils sont plus obscurs, moins prononcés, partant plus difficiles à reconnaître; ils sont aussi plus opiniâtres, plus durables, et se confondent facilement avec ceux de l'hydropéricarde, qui est souvent la suite de la péricardite chronique.

Hydropéricarde.

Comme toutes les autres hydropisies, celle du péricarde est un effet consécutif, et non, ou du moins très rarement, une maladie primitive. Presque toujours elle succède à une péricardite chro-

nique, à une affection du cœur, des poumons ou autre; elle se manifeste dans les mêmes circonstances et par les mêmes causes organiques que les autres hydropisies.

Nous ignorons quelle est la quantité de sérosité ou d'autres fluides épanchés nécessaire pour mériter le nom d'hydropéricarde. Lorsque cette quantité est au-dessus du type normal, elle gêne les fonctions du cœur, et s'annonce par des désordres locaux et fonctionnels propres à la faire reconnaître; mais ce n'est en général que lorsque la quantité de liquide est déjà considérable qu'on peut en soupçonner la présence.

La plupart des signes de l'hydropéricarde sont communs à toutes les maladies du cœur; et cela doit être, puisque c'est le principal organe de la circulation qui est gêné dans ses mouvements. Si l'hydropéricarde succède à une péricardite aiguë, on aura pu observer les symptômes de réaction que nous avons signalés, la douleur vive à la région du cœur, la rougeur de la peau, la chaleur, la soif, et les autres signes fonctionnels; si elle est consécutive d'une altération chronique d'un autre organe, ou enfin si elle est primitive, alors on observe des battements de cœur tumultueux, irréguliers, se faisant sentir tantôt dans un point, tantôt dans un autre; il semble que le cœur se meut dans un vaste espace; à chaque pulsation, on éprouve entre les côtes le sentiment d'un liquide qui

vient frapper les doigts, d'une véritable fluctuation. S'il se trouve de l'air dans cette cavité, ce que l'on a observé une fois, on perçoit un bruit particulier, semblable à celui que rend une bouteille à demi remplie d'air et d'eau, lorsqu'on l'agite. Lorsqu'il n'existe que du fluide, les battements du cœur sont sourds; ils sont transmis comme à travers un corps mou, quelquefois ils sont insensibles. La région du cœur est bombée, les espaces intercostaux sont larges et saillants, mous, empâtés; les parois correspondantes œdémateuses; la percussion rend un son obscur dans toute cette région; ce son est clair partout ailleurs. En même temps le pouls est petit, inégal, irrégulier, intermittent; la respiration gênée; elle ne peut être exécutée que dans la position assise. La suffocation est imminente; le décubitus a lieu sur le côté malade; quelquefois le malade est assis, et penche sa tête sur ses genoux, La face est pâle, livide, bouffie; les lèvres sont violettes; les membres infiltrés; enfin on peut reconnaître tous les caractères des maladies du cœur.

Lorsque l'hydropéricarde se présente avec ce cortége de signes, il est difficile de ne pas la reconnaître; mais, ainsi que cela arrive pour la maladie précédente, beaucoup de ces signes peuvent ne pas exister; plusieurs sont communs à un grand nombre d'affections thoraciques, et la maladie peut être souvent compliquée d'affections concomitantes.

Les lésions anatomiques varient suivant que l'hydropéricarde est consécutive de la péricardite, ou d'une affection chronique du cœur ou d'un autre organe. Dans le premier cas, le fluide épanché et la membrane malade présentent des caractères analogues à ceux de la péricardite aiguë; dans le second, le liquide épanché est jaunâtre, transparent, plus ou moins abondant; le péricarde est opalin, grisâtre, blanchâtre, uni, légèrement épaissi.

Cardite.

Nous ne possédons encore que des probabilités sur l'inflammation du cœur. Nous sommes réduits à l'admettre par analogie plutôt que sur des faits positifs et bien observés. Toutefois il est difficile de penser que le péricarde, qui recouvre le cœur, et que la membrane interne de cet organe puissent être enflammés sans que celui-ci participe à cette inflammation; il n'est pas moins difficile de penser que des ulcérations intérieures ou extérieures puissent avoir lieu sans inflammation préalable. Enfin, il est probable que le ramollissement du cœur, lorsqu'il n'est pas le résultat d'un état scorbutique, ou l'effet de la putréfaction, et lorsqu'il a été précédé de signes marqués de réaction, est aussi la suite de l'inflammation; peut-être même l'endurcissement des parois de ce viscère, général ou partiel, n'est-il aussi que la suite d'une cardite chronique. Mais, malgré ces probabi-

lités, dans l'état actuel de la science, nous manquons de faits précis et complets pour nous élever à la description générale de cette maladie. Nous pensons même que les auteurs qui en ont décrit les signes se sont plutôt conduits par analogie et par conjectures que d'après des exemples bien avérés. Il est cependant vraisemblable que ces signes sont les mêmes que ceux des maladies du cœur en général, c'est-à-dire le dérangement plus ou moins grand de la circulation et de la respiration, avec un appareil fébrile plus ou moins prononcé; ces signes doivent offrir la plus grande analogie avec ceux de la péricardite.

Lorsque le cœur est ramolli, ses contractions sont accompagnées d'une impulsion faible, obtuse, inappréciable; leur son est obscur et sourd; elles sont vives, précipitées, convulsives, à l'état aigu; elles sont plus lentes à l'état chronique. Dans le ramollissement aigu, le cœur est ordinairement d'un rouge brun, marron, noirâtre; dans le ramollissement chronique, il est jaunâtre, blanchâtre, pâle, etc.

Lorsque le cœur est endurci, les signes qui le font reconnaître sont ceux de l'hypertrophie; le choc et le son de ses contractions présentent une grande intensité, à moins que l'endurcissement ne soit général, ce qui doit empêcher les mouvements de cet organe. Cet endurcissement varie depuis une consistance un peu plus grande que celle qui

caractérise l'état physiologique, jusqu'à une dureté presque cartilagineuse.

On a trouvé le cœur cancéreux, on a aussi trouvé des tubercules, des kystes séreux, des hydatides et autres productions accidentelles dans cet organe; mais on ne connaît pas encore les signes fonctionnels de ces diverses altérations.

Hypertrophie du cœur.

Rien n'est plus fréquent que l'épaississement des parois du cœur. Cet épaississement peut avoir lieu concurremment avec la dilatation, le rétrécissement ou la capacité physiologique des diverses cavités de cet organe. Ces distinctions puériles sont en possession de fixer d'une manière singulière les regards des personnes qui voient peu de malades; mais elles attirent peu l'attention de ceux qui cultivent la médecine dans un vaste champ d'observation.

Il est possible que le cœur s'hypertrophie d'une manière primitive, par une disposition héréditaire ou acquise; mais ayant eu occasion d'ouvrir, sans contredit, plus de mille individus avec des hypertrophies des parois du cœur, il ne nous est jamais arrivé de rencontrer cette hypertrophie simple. Cette expérience en vaut bien une autre. Nous pouvons attester que nous avons toujours rencontré un obstacle au cours du sang, obstacle qui, exigeant de la part du principal organe de la

circulation un redoublement d'efforts pour être surmonté, devait nécessairement amener l'épaississement des parois du cœur. Sans doute cela tient à notre position ; sans doute que l'âge de nos malades doit en être considéré comme la cause. Mais cette hypertrophie étant extrêmement fréquente chez eux, étant leur principale maladie, celle d'où dérivent la plupart des autres, et tellement fréquente qu'elle pourrait être regardée comme un état physiologique, si elle n'amenait pas la mort, nous pensons que c'est d'après ces faits que doit être tracé le tableau de l'hypertrophie du cœur, et non d'après les autres faits bien plus rares qu'on ne peut guère regarder que comme exceptionnels, et qui sont plutôt le résultat de la spéculation que celui d'une observation exacte et rigoureuse. La nature ne fait rien pour rien. Ici vous trouvez un obstacle, et par suite un accroissement dans l'organe chargé de le vaincre ; l'expérience et le raisonnement sont dans un parfait accord ; rien n'est plus satisfaisant pour l'esprit. Là, au contraire, vous êtes réduit à imaginer une cause obscure, un surcroît d'action dans un organe, une *prédisposition naturelle* ou *acquise*, une *irritation nutritive*, et autres choses merveilleuses dont vous ne pouvez vous rendre compte. Une hypertrophie, un anévrysme du cœur sans obstacle au cours du sang sont des choses difficiles à concevoir, et, si elles existent, très rares dans la nature. Il est vrai-

semblable que dans les faits de ce genre cités par les auteurs, cet obstacle à la circulation n'aura pas été reconnu. Nous répétons cependant que l'hypertrophie sans obstacle apparent est une chose possible.

Si l'hypertrophie du cœur dépend dans la majorité des cas d'un obstacle au cours du sang, il est évident qu'elle n'est qu'un effet, qu'un résultat, et non la maladie véritable ; la maladie, c'est l'obstacle lui-même ; il est évident aussi que l'expression fonctionnelle doit varier selon la nature et la position de cet obstacle. Il est évident encore que si cet obstacle n'existait pas, si l'hypertrophie était simple et primitive, cette expression fonctionnelle ne serait pas la même. Voici les signes de l'hypertrophie sans obstacle sensible à la circulation.

Les battements du cœur, beaucoup plus forts que dans l'état physiologique, soulèvent les côtes, sont sensibles à la vue, au toucher et à l'ouïe, dans une étendue variable. La main de l'observateur est frappée et repoussée par des pulsations plus ou moins violentes qui ébranlent le thorax, et même les objets contigus. Une chose bien singulière, et que nous avons déjà remarquée, c'est que ces palpitations si manifestes pour le médecin sont souvent insensibles pour le malade. Lorsque l'hypertrophie est simple, sans dilatation, le son des pulsations est sourd, obscur ; les contractions s'exécutent avec lenteur, et ne s'entendent qu'à la région pré-

cordiale. Les battements du cœur sont en même temps clairs, sonores et étendus, lorsqu'il existe concurremment dilatation des cavités. L'ordre dans lequel les pulsations se succèdent, les temps qui les séparent, leur durée, n'offrent rien de remarquable d'ailleurs; mais de loin en loin, les mouvements du cœur sont précipités, il existe de véritables palpitations. Si l'on percute la région précordiale, elle rend un son plus obscur que dans l'état sain. Le pouls est fort, dur, vibrant, mais régulier, quelquefois vite et fréquent; cette vitesse et cette fréquence, qui coexistent avec les palpitations, sont excitées par un exercice un peu fort, l'action de courir, de monter, etc.; les cris, les chants, les impressions morales vives, produisent les mêmes effets. La circulation ne saurait être troublée sans que la respiration ne participe plus ou moins à ce trouble; aussi les malades ont-ils la respiration gênée, éprouvent-ils des étouffements plus ou moins marqués, et cela sans doute par la congestion du sang dans le poumon. On doit ajouter à ces signes la coloration animée de la face; des congestions fréquentes vers la tête, et vers tous les organes perméables au sang, congestions annoncées par tous les signes qui les caractérisent, et souvent par de véritables hémorrhagies, ou des inflammations qu'on peut appeler consécutives, etc.

Les signes que nous venons d'exposer varient sui-

vant que l'hypertrophie est générale, qu'elle occupe le ventricule gauche, le ventricule droit ou les oreillettes. Dans le premier cas les battements du cœur se font également sentir à droite et à gauche, ils s'étendent même quelquefois à l'épigastre ; dans le second, ils sont plus sensibles à gauche, vers les cartilages des cinquième et sixième côtes, et le pouls est fort, dur, vibrant ; il existe des signes de congestion cérébrale et capillaire. Dans le troisième, le choc se fait sentir vers la partie inférieure du sternum et beaucoup moins à gauche, la circulation générale est peu changée ; il existe des phénomènes de congestion pulmonaire.

Les malades sont sujets aux hémoptysies, et l'on observe quelquefois les battements des veines jugulaires.

Lorsque l'hypertrophie reconnaît pour cause un obstacle au cours du sang, ce qui est le plus ordinaire, on observe les mêmes phénomènes ; mais, vers la fin de la maladie, le sang stagne dans tous les tissus susceptibles de le contenir ; de là une foule d'accidents divers que nous avons déjà signalés plusieurs fois. Cet obstacle est le plus souvent l'ossification des valvules aortiques ou de l'aorte pectorale, avant la naissance des sous-clavières, ou après la naissance de ces artères. Alors, stase du sang dans le ventricule, efforts répétés de ce ventricule pour vaincre l'obstacle, projection plus forte de ce fluide vers le cerveau ; de là étourdisse-

ments, éblouissements, vertiges, tintements d'oreilles, congestion cérébrale, en un mot, disposition aux hémorrhagies, aux inflammations de l'encéphale et des méninges; petitesse, dureté, inégalité, intermittence du pouls. Lorsque l'obstacle existe avant les sous-clavières, stase du sang dans l'oreillette gauche, dans le poumon; dyspnée, étouffement, augmentation de l'exhalation bronchique, catarrhe, pneumonie, pleurésie, hémoptysie; stase dans le ventricule droit, dans l'oreillette du même côté, dans tout le système veineux; de là coloration violette des lèvres, de la face et de la peau en général; même coloration de la membrane muqueuse des intestins; augmentation de l'exhalation muqueuse et de la perspiration gazeuse; vents, borborygmes, éructations, douleurs intolérables à l'épigastre, et inflammation mécanique des intestins; infiltration des paupières, des membres inférieurs, puis épanchement de sérosité dans toutes les cavités séreuses; enfin suffocation, étouffement, en général périodique, augmentant surtout dans les temps froids et secs, par six ou huit degrés de gelée; plus tard, rémittent; enfin continu, lorsque la lésion organique est arrivée au dernier degré. Mort.

Le cœur est augmenté, il paraît doublé et triplé de volume; il est plus rond que dans l'état naturel; ses parois, coupées en travers, sont sensiblement épaissies. Le ventricule gauche, épaissi uniformé-

ment, mais surtout vers sa base, est d'une consistance ferme; il est rouge, à peu près comme dans l'état naturel; il est rare qu'il soit partiellement hypertrophié. Le ventricule droit, au contraire, s'épaissit presque constamment d'une manière irrégulière; ce sont presque toujours ses colonnes charnues qui sont augmentées d'épaisseur, ce qui donne à l'intérieur de cette cavité un aspect festonné. L'hypertrophie est souvent bornée au ventricule gauche, c'est le cas le plus commun; le ventricule droit paraît alors comme atrophié. D'autres fois celui-ci est hypertrophié en même temps que l'autre, ce qui est plus rare; enfin il est quelquefois hypertrophié seul, il égale alors le ventricule gauche en épaisseur. Les cavités de ces ventricules sont augmentées, ou diminuées, ou naturelles. L'hypertrophie des oreillettes suit les mêmes lois, mais elle est plus difficile à reconnaître.

Dans la majorité des cas, on trouve des concrétions osseuses aux valvules aortiques; l'aorte elle-même est ossifiée par places plus ou moins étendues; son calibre est augmenté ou diminué, etc. Il n'est pas rare aussi de trouver des concrétions calcaires dans les orifices et les valvules auriculo-ventriculaires.

Atrophie du cœur.

L'atrophie du cœur est l'état opposé au précédent. Il se montre avec des modifications analo-

gues, c'est-à-dire avec agrandissement, diminution ou état naturel des cavités; elle attaque toutes les parois, ou celles d'un seul ventricule ou des oreillettes; enfin elle peut être partielle. On est réduit à penser que les signes d'un semblable état seraient l'absence plus ou moins complète des pulsations du cœur, du choc et même du bruit qu'elles occasionent, excepté pourtant lorsqu'il existe un anévrysme concomitant; la faiblesse, la petitesse du pouls, et l'anémie générale.

Anévrysme du cœur.

La dilatation des cavités du cœur a lieu concurremment avec l'épaississement des parois, leur amincissement ou leur diamètre normal. Elle est générale ou partielle; elle occupe les oreillettes ou l'un des deux ventricules. Les signes auxquels on peut la reconnaître sont l'étendue des battements du cœur, qui se font sentir dans toute la cavité gauche du thorax, antérieurement et postérieurement; à la partie antérieure du côté droit, et quelquefois, dans les cas extrêmes, dans la partie postérieure gauche. L'impulsion, le choc des pulsations, est d'autant plus faible que les parois du cœur sont plus minces; mais en même temps le bruit qu'elles font entendre est infiniment plus éclatant. Le bruit de la contraction des ventricules est aussi fort que celui des oreillettes, auquel il succède. Lorsque la dilatation occupe les cavités gauches, le bruit est

plus sensible de ce côté, l'impulsion y est moindre; lorsqu'elle a lieu à droite, le bruit est plus fort sous le sternum et dans le côté droit de la poitrine.

Le pouls est ordinairement faible, quelquefois irrégulier, intermittent. Tous les phénomènes fonctionnels, médiats ou immédiats des maladies du cœur, accompagnent d'ailleurs cette altération.

Altérations des parois du cœur.

Les parois du cœur sont le siége de quelques altérations que nous devons seulement mentionner. Elles peuvent être détruites par une espèce d'ulcération. Corvisart en rapporte un exemple qui lui a été communiqué par mon collègue et ami le docteur Ferrus, et ces exemples ne sont pas très rares. Les signes propres à faire reconnaître cette lésion ne sont pas encore fixés.

Nous devons signaler aussi une espèce d'anévrysme partiel des parois du cœur. Une poche anévrysmale, plus ou moins volumineuse, contenant de la fibrine concrète, paraît surajoutée aux parois du cœur. Les *Mélanges des curieux de la nature* en renferment un fait; Corvisart en a trouvé un semblable sur un jeune nègre; M. Bérard aîné, jeune médecin de la plus grande espérance, en a cité un exemple fort curieux; enfin, le célèbre Talma portait une semblable altération, laquelle, a-t-on dit, n'avait produit aucun symptôme pendant sa vie.

Rupture du cœur.

Depuis le Mémoire que j'ai publié sur les ruptures du cœur, j'ai eu encore quelques occasions d'observer ce terrible accident ; la mort la plus rapide et la plus prompte en est ordinairement le résultat. J'ai cependant acquis la certitude que cette funeste lésion n'était pas nécessairement mortelle. Lorsque la déchirure des parois du cœur est oblique, lorsqu'elle est traversée de fibres qui adhèrent aux deux faces de la rupture, un caillot de sang s'y forme, s'y durcit, y contracte des adhérences, une péricardite partielle établit aussi des adhérences entre le cœur et le péricarde, et l'individu peut vivre ainsi plusieurs années. J'ai cité un fait très extraordinaire de ce genre dans le Mémoire dont je viens de parler.

Mais la mort subite n'est pas toujours le résultat d'une rupture du cœur ; on sait qu'elle arrive souvent dans le cours d'une maladie du cœur, au moment où on s'y attend le moins : il faudrait bien se garder d'affirmer qu'il existe alors une rupture du cœur ; ce n'est qu'une suspension, une cessation de l'acte circulatoire.

Cet accident étant assez rare, nous ne nous y arrêterons pas plus long-temps ; nous renvoyons le lecteur aux observations que nous avons publiées, ainsi qu'à celles de M. Blaud, etc.

Communication des cavités du cœur.

On rencontre assez fréquemment la communication des diverses cavités du cœur. M. Louis, que nous avons souvent cité, a publié un Mémoire sur cet accident ; mais comme il n'existe aucun signe capable de le faire reconnaître pendant la vie, que la cyanose elle-même est loin de l'accompagner constamment, nous passerons sous silence ce genre d'altération du cœur, ainsi que les vices nombreux de conformation rapportés par les monographes.

Lésions des valvules aortiques et auriculo-ventriculaires.

Les altérations organiques des valvulves auriculo-ventriculaires et aortiques sont fréquentes, et consistent principalement en dégénérescences osseuses, cartilagineuses, fibreuses, ou en végétations appelées verruqueuses. La plus fréquente de toutes ces altérations est sans contredit l'ossification des valvules ventriculo-aortiques. La proportion de ces ossifications relativement aux autres est de plus des dix-neuf vingtièmes. La plus rare est celle des valvules tricuspides et des valvules de l'artère pulmonaire.

Ces altérations organiques, en rétrécissant les orifices où elles siègent, gênent le cours du sang, et produisent les symptômes que nous avons déjà décrits, et sur lesquels nous ne reviendrons pas; mais en outre elles occasionent quelques sym-

ptômes locaux qui leur sont propres. En appliquant la main sur la région précordiale, on éprouve une espèce de frémissement difficile à décrire ; les battements du cœur sont ordinairement très forts, et contrastent avec la petitesse, la dureté, l'inégalité, l'irrégularité du pouls. Quelquefois le frémissement dont nous parlons se fait sentir aussi dans le pouls : on peut observer ce phénomène lorsque la lésion occupe les valvules aortiques et mitrales. Lorsqu'elle siège dans les orifices du cœur pulmonaire, on sent le même frémissement ; mais le pouls est plus fort, plus égal, plus régulier ; il ne participe pas au désordre du cœur. Lorsque l'obstacle occupe les valvules ventriculaires, en appliquant l'oreille on entend un bruit de soufflet ou de lime, qui succède à la contraction des oreillettes ; si l'obstacle est dans les valvules artérielles, ces bruits succèdent à la contraction des ventricules. Dans tous les cas, il est impossible d'assigner à quel côté du cœur appartiennent les lésions dont nous parlons.

A la mort, on trouve des incrustations osseuses de forme, de grandeur et de nombre variables ; rugueuses, âpres au toucher, irrégulières, ou lisses, polies, rondes, ovales, aplaties, occupant toutes les valvules, ou seulement une partie ; situées hors de la membrane ou sous cette membrane, etc. ; déformant toujours, rétrécissant les ouvertures où elles se rencontrent. On ne trouve souvent qu'un

tissu dense, blanc-jaunâtre, fibreux ou cartilagineux, variant aussi de forme, d'étendue, etc. Enfin on rencontre de véritables végétations charnues occupant ordinairement le bord libre des valvules, présentant l'aspect des poireaux vénériens, de la grosseur d'un grain de millet ou d'un pois, polis ou irréguliers, mous ou denses, uniques ou multiples.

Palpitations nerveuses.

L'influence de l'encéphale sur les mouvements du cœur est telle, qu'il n'est peut-être pas de phénomène plus vulgairement connu. Toutes les passions, qui ne sont que des manières d'être du cerveau, exercent une influence plus ou moins puissante sur les contractions du cœur. Il faudrait les énumérer toutes pour faire voir qu'il n'en est aucune qui n'excite, ne dérange, ne pervertisse ou ne suspende la circulation. Nous renvoyons le lecteur à notre *Cours d'hygiène*, à l'article *passions*, où ce sujet se trouve traité avec quelques détails; ce que nous disons en ce moment nous doit suffire. De plus, le mouvement, les travaux intellectuels, actes cérébraux comme les passions, produisent sur le cœur les mêmes effets. Enfin, les nerfs qui se répandent à cet organe sont susceptibles sans doute d'être malades. Il suit rigoureusement de ces considérations qu'il peut exister des

palpitations purement nerveuses, et qu'il en existe même un très grand nombre.

On reconnaît les palpitations nerveuses aux signes que nous avons exposés tom. I[er], pag. 346.

Maladies de l'aorte.

Les maladies de l'aorte, sur lesquelles nous allons un moment fixer notre attention, sont, l'inflammation, la dilatation, la rupture, l'ulcération, l'ossification, le rétrécissement, etc.

Inflammation de l'aorte.

Les études nécrotomiques ont fait connaître une grande diversité d'altérations de tissu de l'aorte; la physiologie pathologique de ces états morbides est loin d'être aussi avancée. Malgré les prétentions de quelques modernes, nous croyons que cette partie de l'art mérite de nouvelles recherches et qu'elle est loin de sa perfection. L'aortite nous paraît très propre à confirmer la fâcheuse proposition que nous venons d'émettre sur ce sujet; nous pensons que tout, jusqu'aux lésions organiques, est le résultat de spéculations théoriques, ou l'effet de quelque illusion plutôt que le fruit d'une expérience certaine. Je ne comprends pas comment les auteurs qui ont décrit avec complaisance les diverses nuances qu'ils ont trouvées sur l'aorte, ont pu y voir autre chose que l'effet d'une véritable imbibition, d'une pénétration de tissu, pure-

ment physique, sans doute cadavérique, et due à des causes fortuites, telles que la putréfaction ou autre. Pour justifier notre étonnement, il nous suffira de faire connaître les principaux caractères donnés par ces auteurs : la rougeur plus ou moins éclatante ou obscure, quelquefois violette et même noire, est *plus foncée* dans les cavités *droites* que dans les gauches ; elle est *bornée à la membrane interne;* lorsqu'on la détache, la membrane sous-jacente est dans l'état naturel ; cette rougeur est une *véritable teinture;* on ne voit jamais d'injection vasculaire ; elle *disparaît complètement par la macération;* elle est générale ou partielle ; elle n'est jamais accompagnée de l'épaississement de la membrane. Nous le demandons, cette description indique-t-elle bien les traces d'un travail inflammatoire ?

Les cas où l'aortite a laissé de fausses membranes ou des ulcérations sont bien plus concluants ; mais sont-ils en assez grand nombre et assez bien constatés pour fournir les bases d'une histoire générale ? Malgré ce que nous venons de dire, nous ne prétendons pas rejeter l'existence de cette phlegmasie ; nous voulons seulement dire que les observations sur lesquelles elle repose ne nous paraissent pas irrécusables.

Quant à l'opinion qui fait dépendre les autres altérations de l'aorte, telles que les plaques jaunâtres, cartilagineuses, osseuses, crétacées, athéro-

mateuses, de l'état inflammatoire, j'ose affirm , qu'elle est entièrement hasardée. Ces dégénére - cences, extrêmement fréquentes chez les vieillards, je dirais presque constantes, surviennent toujours d'une manière insensible, sans travail inflammatoire. Si elles ont paru quelquefois après un semblable travail, ces cas doivent être regardés comme de simples exceptions, et non comme des lois générales, et dans ce cas le travail inflammatoire n'explique rien, pas plus que le travail physiologique, la perversion de nutrition. Cette ossification est la même que celle qui s'opère dans les cartilages et dans beaucoup de tissus chez les personnes avancées en âge, et n'est pas plus qu'elle la suite d'une phlegmasie ; ce qui cependant peut s'observer quelquefois.

Quant aux signes fonctionnels qui pourraient déceler l'inflammation de l'aorte, ils se réduisent à des pulsations violentes dans une certaine étendue de ce vaisseau, pulsations qui se propagent quelquefois dans tout le système artériel, et sont, dans certain cas, accompagnées de douleur sur le trajet de l'aorte ; à la concomitance des phénomènes généraux ordinaires aux phlegmasies, avec absence des signes d'inflammation dans les autres organes de l'économie animale.

Anévrysme de l'aorte.

Les malades atteints de cette maladie présentent

pour signes un bruissement particulier sur le trajet de l'aorte, dans un lieu autre que le cœur; quelquefois un sifflement remarquable quand ils toussent, parlent ou respirent; ce qui dépend de la compression des conduits aériens par la tumeur; l'obscurité du son dans la partie moyenne de la poitrine; la petitesse, l'inégalité, l'irrégularité du pouls dans les deux avant-bras; la plupart de ces signes sont communs aux diverses maladies du cœur, et principalement aux altérations des parois aortiques qui gênent le cours du sang. L'auteur de l'auscultation pense que ce moyen est assez infidèle pour faire reconnaître la dilatation de l'aorte: cependant si l'on entend un bruit plus clair, plus sonore que dans l'état naturel, dans un des points de l'aorte; si le choc que l'instrument reçoit est tel qu'il soulève la tête de l'observateur, et frappe désagréablement son oreille; si ce bruit ne s'étend que dans un espace circonscrit, si le battement est simple, si le calibre de l'artère paraît augmenté, si l'on entend aussi un frottement particulier, une espèce de bruit de soufflet, etc., et s'il existe d'autres signes généraux de maladies des organes circulatoires, et absence des phénomènes de réaction, on pourra fortement soupçonner l'existence de la dilatation de l'aorte; et suivant la hauteur où les signes locaux s'observeront, on jugera quelle est la portion de l'aorte qui est altérée. Lorsque l'aorte fait saillie au dehors, les pulsations expansives de

la tumeur ne permettent pas d'en méconnaître la nature.

Lorsque la tumeur formée par la dilatation de l'aorte comprime un organe voisin, altère sa texture, le gêne dans ses fonctions ; aux symptômes que nous venons d'exposer on doit joindre alors ceux que donnent les altérations fonctionnelles de ces organes. C'est ainsi que la voix et la respiration sont gênées et altérées, sifflantes, lorsque l'anévrysme comprime les conduits aériens ; les défaillances, les syncopes, les étourdissements, sont la suite ou de la stase du sang dans le cerveau, ou de la difficulté de son abord vers ce viscère ; la dysphagie, celle de la compression de l'œsophage. Enfin l'anévrysme peut se rompre dans la trachée-artère, dans le poumon, dans l'œsophage, dans l'estomac, dans une anse intestinale, dans la vessie, dans les replis du mésentère, et occasioner une hémoptysie, une hématémèse, une hémorrhagie intestinale, une hématurie, un épanchement interne, suivis d'une mort prompte.

La nature procède de plusieurs manières à l'augmentation du calibre de l'aorte. Cette artère est quelquefois dilatée dans toute sa circonférence, dans l'étendue de quelques pouces ; elle est alors lisse, polie ; ses parois sont épaissies ; elles sont d'autres fois rugueuses, dures, inégales, bosselées, parsemées d'une multitude d'irrégularités, de petits enfoncements, etc. Dans certains cas la di-

latation n'occupe qu'une moitié de l'aorte ou qu'une partie très circonscrite ; cette dilatation partielle peut avoir lieu sans altération de tissu ou avec altération d'une, de deux ou même de toutes les membranes artérielles.

Les membranes interne et moyenne peuvent s'ulcérer, se rompre ; le sang s'épanche au dehors, il est contenu par la tunique cellulaire et par les parties environnantes, qui lui forment une poche ; il s'y coagule par couches fibrineuses, dont les plus denses et les plus organisées sont les plus extérieures, les plus rouges, les plus molles sont les plus intérieures. Dans quelques circonstances assez rares la membrane interne est déchirée par une lame osseuse, et le sang s'infiltre sous cette espèce de scissure pour former la poche anévrysmale.

Les deux altérations précédentes, la dilatation et la rupture des parois, peuvent se rencontrer simultanément. La membrane interne peut conserver son intégrité, et faire hernie à travers la rupture de la membrane moyenne et externe ; mais ce cas est rare, et celui de sa destruction ainsi que celle de la membrane fibreuse est bien plus ordinaire.

On conçoit aisément que les parties voisines des tumeurs anévrysmales finissent par se trouver englobées dans les parois du sac qu'elles concourent à former et à fortifier, et que plus tard ces parties

peuvent être enflammées, détruites, et devenir le siége des hémorrhagies dont nous avons parlé. Les os voisins de la poche anévrysmale sont détruits par un mécanisme que les auteurs ont expliqué diversement, mais qui nous paraît être une véritable usure. Les téguments sont souvent distendus et enflammés par la tumeur; la trachée-artère peut être aplatie, comprimée, ulcérée; l'anévrysme peut s'ouvrir dans le tissu même du poumon, dans l'œsophage, dans l'artère pulmonaire, dans le médiastin postérieur, dans les cavités pleurales, dans le canal rachidien après avoir détruit les vertèbres, dans le canal thoracique, etc.

Du rétrécissement de l'aorte.

Tous les médecins qui se livrent aux recherches cadavériques ont eu de fréquentes occasions de voir des rétrécissements plus ou moins marqués de l'aorte. Cette coarctation est même une des causes les plus fréquentes des dilatations de ce vaisseau dans une des portions de son trajet qui précèdent ce rétrécissement, et des anévrysmes et des hypertrophies du cœur; mais on ne peut encore assigner les signes pathognomoniques de ce genre d'altération.

Nous en disons autant des dégénérescences osseuses, calculeuses, cartilagineuses, athéromateuses, ulcéreuses, etc., des parois de l'aorte, que, par conséquent, nous nous dispenserons d'exposer en détail.

[illegible]

DEUXIÈME DIVISION.

DES MALADIES DONT LE SIÉGE N'EST QUE PROBABLE, OU MÊME ENTIÈREMENT INCONNU.

A mesure que le flambeau de l'anatomie pathologique va cesser de nous éclairer, nous n'allons plus marcher qu'à tâtons et en chancelant dans la carrière que nous parcourons. Dans les maladies dont nous avons tracé jusqu'ici le tableau, tout nous était également connu, et les altérations morbides, et les expressions fonctionnelles; ou si, dans quelques unes, nous ne connaissions que les caractères anatomiques sans les signes physiologiques, ou ceux-ci sans ceux-là, ce n'était que des cas exceptionnels et en général peu importants. Telles étaient les maladies de quelques organes obscurs et secondaires, quelques lésions organiques rares de viscères, ou quelques névroses locales, que nous avons dû décrire avec les autres affections des organes dont elles modifient les actes. Hors ces cas, d'un intérêt assez minime, nous avons pu constamment rattacher les signes anato miques à leurs expressions physiologiques. Il en est résulté pour l'esprit cette vive satisfaction que font éprouver les connaissances positives dont il doit

sortir le bien de l'humanité : tels sont les premiers effets de la médecine organique. Mais nous avons parcouru son vaste domaine ; ce qui nous reste à examiner se dérobe, jusqu'à un certain point, à ses lois immuables ; des observations ultérieures l'y rattacheront sans doute un jour ; déjà même un grand nombre de maladies, que, par prudence, nous laissons encore dans cette dernière classe, pourraient en être séparées pour être rangées dans la classe précédente, où toutes doivent inévitablement rentrer. Mais ces maladies, dont le siége et les symptômes sont bien connus, diffèrent cependant des précédentes en ce que les altérations organiques qu'elles présentent ne sont pas aussi évidemment un phénomène principal, mais qu'elles ne sont qu'un effet, un résultat secondaire d'une cause particulière qui constitue véritablement l'affection, et dont on ignore la manière d'agir. Ainsi, par exemple, on sait que dans la rage le pharynx, le larynx, les bronches, les méninges, le cerveau, présentent des traces indubitables d'inflammation, mais on est obligé de convenir que ce ne sont pas ces altérations organiques qui constituent la rage, puisque tous les jours on observe ces phlegmasies sans aucun signe d'hydrophobie ; on est obligé de convenir que la différence majeure réside dans la cause qui produit cette affection, c'est-à-dire dans le virus transmis par la morsure. Si dans quelques cas très rares on a pu obser-

ver l'hydrophobie spontanée, cela prouve seulement que cette cause peut, sous certaines influences inconnues, se former pour ainsi dire de toutes pièces, comme le typhus, qui, se développant par infection, se transmet ensuite par contagion. Ainsi, bien qu'on connaisse les symptômes et les altérations organiques du plus grand nombre des maladies que nous allons étudier, nous n'avons pu les faire entrer dans la classe précédente, en raison de leur cause, qui en constitue pour ainsi dire l'essence. La plupart des empoisonnements sont dans ce cas. Nous savons que beaucoup d'entre eux déterminent des altérations organiques, mais nous savons aussi qu'ils n'agissent pas seulement en produisant ces altérations, mais en portant dans l'économie animale tout entière une influence délétère difficile à apprécier. Ainsi que nous allons le voir, les fièvres typhoïdes ne sont pas autre chose que de véritables empoisonnements miasmatiques. Qu'il existe dans ces cas des gastro-entérites et autres altérations organiques, cela est indubitable; mais que ces altérations constituent la maladie, c'est ce que nous ne saurions adopter, parceque les gastro-entérites qui fourmillent dans nos hôpitaux ne sont jamais ni la peste, ni la fièvre jaune, etc.

Il est extrêmement probable, d'autres diraient certain, que la cause toxique agit sur les fluides de l'organisme, et plus tard sur les tissus. La pa-

thologie humorale peut revendiquer pour elle toutes les spécificités. Si nous avons placé dans la première partie quelques phlegmasies spécifiques, c'est que leurs caractères organiques offrent une si grande constance, qu'ils paraissent former le point capital de la maladie, et que d'ailleurs ces maladies peuvent guérir par un traitement simple.

Fièvres continues.

D'après les principes de la médecine organique, précédemment exposés, il est impossible de continuer à regarder les fièvres comme une simple agglomération de symptômes, sans chercher à les rattacher à des altérations organiques. Cette idée est due à l'illustre professeur Pinel, dont la France, le monde, l'humanité tout entière, déplorent la perte récente. Ce grand homme, si indignement attaqué dans ses derniers jours, a le premier cherché à fixer le siége des fièvres essentielles; il les avait même entièrement supprimées dans son premier travail, ainsi que nous l'avons déjà dit, et ce ne fut que plus tard qu'il consentit à les reproduire; mais le nom qu'il leur assigna reste pour attester qu'il les rattachait à une altération organique. Cet honneur lui étant rendu, nous devons déclarer, pour être justes, que cette idée fondamentale a été fécondée dans ces derniers temps par les travaux du professeur du Val-de-Grâce, qui se serait fait une réputation plus solide et plus juste-

ment acquise en restituant à son maître ce qu'il lui devait, et surtout en restant dans les bornes de la raison, dont il est incessamment sorti.

Il n'est pas étonnant que les fièvres aient été regardées, jusqu'à nos jours, comme des maladies essentielles ne laissant après elles aucunes traces, et qu'elles aient été considérées par les anciens médecins comme les plus nombreuses des maladies. Il était impossible qu'il en fût autrement. Il suffit de voir de quelle manière se sont établies les connaissances médicales pour se convaincre de l'inévitable nécessité de ce qui est arrivé. Pendant plus de deux mille ans on s'est borné à observer des symptômes sans faire d'ouvertures de corps : comment eût-il été possible de connaître ce qu'on ne voyait pas? comment les anciens auraient-ils pu attribuer à des altérations d'organes les symptômes qu'ils observaient, puisqu'ils ne voyaient pas ces altérations d'organes? C'est demander, c'est exiger l'impossible. Dans les phlegmasies, les phénomènes sympathiques, le consensus étant très prononcés dans tous les organes de l'économie animale, ces phlegmasies durent rigoureusement être regardées comme des maladies générales, attaquant tout l'organisme. On leur donna le nom de fièvres parceque la chaleur, la soif, la fréquence du pouls, le malaise général, en étaient les phénomènes les plus ordinaires. Enfin elles durent paraître les plus communes des maladies, même à

Boerhaave, parcequ'en effet les phlegmasies sont les maladies les plus fréquentes.

Ce défaut absolu d'ouvertures de corps dut faire adopter autant de maladies différentes qu'il existait de groupes particuliers de symptômes : d'où devait, d'une part, résulter le grave inconvénient de confondre sous une même dénomination et de croire identiques une multitude d'affections diverses; et, de l'autre part, l'inconvénient non moins grand de regarder comme des maladies différentes quelques variétés symptomatiques. Le nom d'*apoplexie* nous en a fourni l'exemple, au milieu d'un très grand nombre. Nous savons aujourd'hui qu'ils confondaient sous ce nom toutes les maladies du cerveau qui produisent l'*état comateux*, et nous prions le lecteur de se rappeler depuis combien de temps ces erreurs ont cessé d'exister. L'*asthme* nous en fournirait un second exemple, s'il était nécessaire. Ils n'étaient frappés que des apparences extérieures, comment n'y auraient-ils pas mis toute leur attention. De même qu'ils confondaient ainsi des maladies essentiellement différentes ils séparaient des maladies identiques, pour peu que l'expression physiologique offrît quelque diversité : de là ces groupes infinis de fièvres, qui reçurent autant de noms qu'elles présentaient de nuances symptomatiques.

Le moment est venu de déblayer l'art de toutes ces sottises surannées. Elles ne se sont propagées

jusqu'à ce jour que par le respect superstitieux et héréditaire qu'on porte aux grands hommes de l'antiquité. Assurément ce tribut d'admiration doit leur être payé, c'est une dette sacrée, c'est la religion du savant, qui veut lui-même se faire un nom; car pourra-t-il obtenir de la postérité ce qu'il a refusé lui-même à ses prédécesseurs? Mais ce tribut d'admiration ne doit pas arrêter la marche de l'art. Jusqu'à ces derniers temps nous avons vu reconnaître la paralysie comme une maladie essentielle; nous avons vu admettre des maladies des propriétés vitales, etc. Pourquoi? parceque des grands hommes nous avaient transmis ces opinions mensongères. Nous avons osé attaquer un assez grand nombre de ces erreurs. Nous publions aujourd'hui, avec les principes de la médecine organique, les moyens de faire disparaître tous les préjugés antiques et de les remplacer par des vérités éternelles.

D'après ces principes, nous pensons donc que les fièvres continues ne peuvent être conservées, qu'elles doivent disparaître de toute classification philosophique. Ces maladies ne sont que des phlegmasies viscérales, présentant quelques variétés symptomatiques. Les unes sont des phlegmasies simples, les autres ont un caractère de spécificité.

Parmi les premières nous plaçons la fièvre inflammatoire, qui n'est autre chose qu'une phlegmasie gastro-intestinale, ou autre, peu prononcée

localement, mais produisant des symptômes sympathiques généraux très intenses, se manifestant chez des individus sanguins et pléthoriques. Peut-être dans quelques cas, bien plus rares qu'on ne l'a dit récemment, le système circulatoire, et principalement l'aorte, le cœur, les gros vaisseaux, sont-ils eux-mêmes le siége de l'irritation; mais les exemples apportés à l'appui de cette opinion ne nous ont pas paru entièrement concluants.

Il est indubitable, pour tout esprit non prévenu, que la fièvre bilieuse des auteurs, méningo-gastrique, n'est autre chose que la gastro-entérite simple survenant chez un individu doué de la prédominance du système digestif.

La fièvre muqueuse, adéno-méningée, est certainement aussi une inflammation de la plupart des membranes muqueuses, survenant dans des localités particulières, et chez des individus d'un tempérament atonique. La dothinentérite ne paraît être autre chose aussi que la fièvre muqueuse des auteurs; elle offre alors un caractère de spécificité.

La même phlegmasie peut revêtir la forme de la fièvre putride, adynamique. Mais cette forme adynamique, cette prostration de forces, peut accompagner toutes les phlegmasies intestinales, thoraciques, encéphaliques, et autres. Cette fièvre n'est qu'une des formes de ces diverses inflammations, et non de la gastro-entérite exclusivement. Est-il vrai, ainsi qu'on l'a avancé nouvellement, que le

sang soit dans un état de *putridité* dans cette prétendue fièvre? Bien que nous admettions l'altération incontestable des fluides, nous pensons qu'il faut attendre des observations ultérieures pour se prononcer sur un sujet aussi grave. Les expériences de MM. Gaspard, Magendie, Leuret et autres, rendent cependant cette opinion très probable.

La fièvre ataxique, maligne, offre trop évidemment les symptômes de la méningite ou de l'encéphalite générale et superficielle pour que leur identité puisse être contestée. Il est possible que ces phlegmasies du cerveau et de ses enveloppes soient aussi produites par une cause spéciale, comme des matières animales en putréfaction, etc. Alors elles présentent sans doute un caractère particulier, qui entraîne les plus graves dangers, et exige un traitement spécial. Ces circonstances aggravantes peuvent même se rencontrer dans les autres phlegmasies et exiger aussi des modifications thérapeutiques. On pourra s'assurer de l'existence de ces causes, à la marche de la maladie, qui devient de jour en jour plus grave, malgré les moyens antiphlogistiques les mieux administrés, et par les circonstances commémoratives.

Nous ne redirons pas que les fièvres lentes, hectiques, etc., ne sont que des fièvres symptomatiques de phlegmasies chroniques de divers viscères.

Nous renvoyons le lecteur aux articles gastrite,

gastro-entérite, dothinentérite, méningite, encéphalite, etc., pour les caractères fonctionnels et organiques des maladies dont nous venons de parler.

Fièvres intermittentes.

Les fièvres intermittentes font jusqu'ici le désespoir de la médecine organique. Nous n'ignorons pas les efforts que l'on a faits pour les rattacher aux irritations, dont on a prétendu qu'elles n'étaient qu'une forme. Cette opinion n'a pas été difficile à soutenir, même par des preuves cliniques. Tout le monde sait en effet que dans le cours des fièvres intermittentes il se déclare un grand nombre de phlegmasies viscérales ; personne n'ignore non plus que certaines phlegmasies primitives ont revêtu le type intermittent : de là on a conclu que la forme intermittente n'était qu'un phénomène purement secondaire, qu'une marche particulière des phlegmasies. A supposer que cela fût ainsi, il resterait encore à déterminer pourquoi ces phlegmasies ne sont pas continues. Mais qui ne voit ici qu'on a pris encore l'effet pour la cause ? qui ne voit que les engorgements des viscères qui surviennent pendant le cours des fièvres intermittentes ne sont qu'un accident et non les causes de ces fièvres ? qui ne voit encore que lorsqu'une inflammation primitive revêt le type intermittent, il existe autre chose que la phlegmasie, dont le ca-

ractère est ordinairement continu? qui ne sait enfin que la fièvre intermittente peut se montrer sans signes locaux? Il existe donc autre chose que la phlegmasie, et c'est précisément cette autre chose qui fait le point principal du sujet qui nous occupe. Ainsi l'on ne peut guère espérer que l'anatomie pathologique jette quelques lumières sur ce point obscur; car, à supposer qu'elle fît découvrir des altérations d'organes, il resterait encore à déterminer quelle est la cause de l'intermittence. Il est très vraisemblable que cette cause réside dans un système général de l'économie, et, comme l'ont avancé plusieurs médecins, notamment MM. Georget et Rayer, probablement dans le système nerveux. La cause qui donne naissance aux fièvres intermittentes est en général spécifique; ce sont presque toujours des émanations marécageuses, des détritus organiques en décomposition, une forte chaleur jointe à l'humidité; d'où l'on peut conclure que l'action de cette cause s'exerce d'abord sur les fluides de l'organisme.

Les fièvres intermittentes se composent d'une série d'accès formés de trois stades, de froid, de chaleur, de sueur; ces accès se reproduisent à des intervalles variés, ce qui constitue le type de la fièvre intermittente. On donne le nom de fièvre *quotidienne* à celle dont les accès reviennent tous les jours; de *tierce*, *quarte*, à celle dont les accès se montrent les troisième et quatrième jours.

La *double quotidienne* offre deux accès par jour. La *double tierce* présente des accès quotidiens, qui se correspondent pour l'heure tous les trois jours. Il est des *doubles quartes*, composées de deux accès consécutifs, et d'une apyrexie au troisième jour. Quelques auteurs ont admis des fièvres *quintanes*, *sextanes*, etc., des *triples tierces*, des *quartes doublées*, des *triples quartes*, des *demi-tierces*, *hémitriées*, etc. Il existe des fièvres *erratiques*, dont les accès n'ont rien de régulier, des fièvres *anomales*, dont les stades offrent des variétés remarquables. Dans ces dernières, un ou deux des trois stades peuvent manquer, l'ordre de leur apparition peut être interverti ; enfin il existe des fièvres *larvées*, dans lesquelles il n'existe aucun des phénomènes de l'accès, mais bien un symptôme quelconque qui se reproduit périodiquement sous le même type.

Lorsque la fièvre intermittente est régulière, qu'elle affecte le type quotidien, tierce ou quarte, l'accès qui en forme le principal phénomène se présente avec des caractères qu'il est nécessaire d'exposer. Le malade, après avoir éprouvé un malaise général, des lassitudes, des douleurs articulaires, des pandiculations, est frappé d'une espèce de compression générale qui paraît amoindrir son corps; il est alors saisi d'un froid plus ou moins vif, accompagné ou non de tremblement : c'est le premier stade de l'accès. Ce froid, dont la

violence et la durée varient, est général ou partiel; il se fait sentir aux pieds, aux mains, aux lombes, dans tout le corps. La peau est alors pâle et décolorée, jaunâtre, ou maculée de taches violettes; les bulbes des poils font une saillie remarquable sur la peau. L'attitude du malade est ramassée, en tas, comme dans le froid physiologique; les cuisses sont rapprochées du tronc, les jambes sont fléchies sur les cuisses, les bras croisés sur la poitrine, la tête penchée; les membres sont agités de tremblement ainsi que les mâchoires; les dents font entendre leur claquement; la voix est altérée, tremblante; la bouche sèche, l'inspiration difficile, le pouls petit, concentré; la peau donne à l'observateur la sensation du froid; la perspiration est suspendue, l'urine claire et abondante. En même temps, des douleurs vives dans les membres, dans l'estomac; des nausées, des vomissements se manifestent dans ce stade. Au bout de quelques instants, quelquefois de plusieurs heures, le froid cesse, la chaleur s'établit, ordinairement d'une manière graduelle. Elle présente une durée et une densité variables aussi; elle est partielle ou générale. Les phénomènes que nous avons décrits disparaissent, et sont remplacés par une teinte rosée de la peau, par le sentiment d'une chaleur insupportable, qui oblige le malade à changer de position pour chercher le frais. La soif devient plus vive, le pouls se développe et augmente de fréquence,

la respiration est grande et facile; l'urine est rouge et colorée; la céphalalgie est plus intense : c'est le second stade. A celui-ci succède celui de la sueur. Cette sueur commence ordinairement à la tête, descend au cou, au tronc, aux membres ; elle devient générale ; elle est plus ou moins abondante, et présente des qualités qu'il est souvent très important de noter. Un soulagement marqué suit cette diaphorèse : il semble au malade qu'il est guéri ; il lui reste seulement une fatigue générale, un abattement, un accablement, qui n'a d'ailleurs rien de pénible. Alors commence l'intermission, c'est-à-dire la suspension des accidents; cet intervalle est plus ou moins long, ainsi que nous l'avons dit, et forme le type de l'intermittence.

La durée des fièvres intermittentes est illimitée; elles se terminent au bout de quelques jours, ou se prolongent pendant des mois et des années : il est presque toujours au pouvoir du médecin de les faire cesser. Au bout de quelque temps, le teint devient jaunâtre, mat, terne; les fonctions organiques languissent et s'altèrent; la rate, le foie, deviennent volumineux; les membres s'infiltrent, les forces et l'embonpoint diminuent.

Ce peu de mots suffit pour caractériser et faire reconnaître les fièvres intermittentes, la seule chose qui importe en ce moment.

On a multiplié à l'infini les divisions des fièvres intermittentes, d'après leurs types, d'après les

temps où elles se montrent, d'après les phénomènes particuliers qu'elles présentent, etc., etc. Toutes ces distinctions sont loin de mériter l'importance que les monographes y ont attachée; mais ce serait commettre une grande erreur que de ne pas prévenir du danger imminent qui suit certaines intermittentes, et qu'à cause de cela on a nommées *pernicieuses*. Ces maladies funestes tuent le malade au deuxième, au troisième ou au quatrième accès, si le médecin n'en arrête le cours, au moyen de l'héroïque remède qu'il possède pour cela.

Les principaux caractères auxquels on peut les reconnaître sont l'intensité plus grande des symptômes, et une série de phénomènes encéphaliques; diminution ou perte du sentiment et du mouvement, déjections involontaires d'urine ou de matières fécales, altération profonde des traits de la face, prostration des forces, insensibilité du pouls, ou du moins grande concentration; quelquefois irrégularité, intermittence des battements du cœur et des artères. Le danger augmente à chaque accès; ce qu'il est facile de reconnaître à l'accroissement en durée ou en intensité des accidents graves.

Pendant les accès de ces fièvres, il n'est pas rare d'observer quelque phénomène organique ou fonctionnel prédominant. Les auteurs ont distingué autant de fièvres pernicieuses qu'il existe de

ces sortes de prédominances; nous croyons ces distinctions assez superflues.

Après la mort des malades, on a trouvé une grande variété de lésions organiques, mais qui ne sauraient être considérées comme la cause des phénomènes intermittents, à moins qu'on ne suppose, ainsi que l'a fort bien dit M. Rayer, que la fièvre intermittente est tour à tour une gastrite, une entérite, une cardite, une encéphalite, etc., ce qui est absurde. —La véritable cause organique de l'intermittence est inconnue; nous pensons qu'elle a d'abord son siége dans les fluides, dans le sang, et que de là elle influence d'une manière spéciale le système nerveux.

C'est bien vainement qu'on a entassé, depuis quelques années, les sophismes et les explications pour prouver que le type des fièvres intermittentes n'était qu'un phénomène accessoire de peu d'importance; que ces fièvres, comme les fièvres continues, n'étaient que symptomatiques de phlegmasies locales, se présentant sous une forme particulière. Ce n'est pas sans dégoût qu'on lit ces verbeux amas de paradoxes dictés par l'esprit de parti, l'amour-propre et la mauvaise foi. Certes, si faibles de raisonnement qu'on suppose les partisans de semblables doctrines, si faciles qu'ils soient à se contenter de leurs propres explications, on ne peut les supposer assez stupides pour se payer d'aussi misérables suppositions. Et n'est-il pas plus beau,

plus noble cent fois, d'avouer avec candeur son ignorance, de confesser qu'on ne connaît pas la cause de ce phénomène singulier, que de vouloir en imposer à soi-même et aux autres par les plus ridicules explications? Non, nous ne savons pas quelle est la cause organique de l'intermittence; non, elle n'est pas seulement une forme de l'irritation; non, l'irritation n'en est pas le phénomène principal; non, cette irritation ne doit pas faire la base de la thérapeutique; non, les altérations qu'on rencontre après la mort ne sont pas la cause de l'intermittence. Tous vos raisonnements n'expliquent rien, et après les avoir lus on n'en éprouve que le regret amer d'avoir perdu son temps, et de vous avoir vu employer vos moyens à soutenir la plus pitoyable des causes; on n'en reconnaît que plus encore l'obscurité profonde qui règne sur ce point, obscurité que vos vains débats n'aboutissent qu'à faire ressortir davantage encore.

Le type des inflammations simples est continu; lorsque ce type est intermittent, c'est qu'il existe autre chose que l'inflammation; celle-ci cesse d'être simple, et ne forme pas la circonstance principale de la maladie. Lorsqu'on trouve des inflammations après la mort des malades, ces inflammations ne peuvent être qu'accessoires, puisque dans les cas ordinaires leur marche est continue, et que dans la majorité des cas l'intermittence a lieu sans elles. Le type intermittent est le phénomène prin-

cipal de ces maladies, puisque c'est sur lui qu'est fondé le traitement le plus héroïque que la médecine possède, et devant lequel doit fléchir l'orgueil de la médecine prétendue physiologique.

Toutefois il est indubitable que les fièvres intermittentes se montrent presque constamment avec quelque expression fonctionnelle prédominante. De là les genres que l'illustre Pinel avait adoptés, de là les preuves sur lesquelles on s'est appuyé pour constater l'existence d'une phlegmasie dans ces sortes de fièvres. Mais l'anatomie pathologique est loin d'avoir suffisamment éclairé ce point de doctrine, et à supposer qu'on eût constamment trouvé quelque lésion organique, il resterait toujours à déterminer pourquoi elle donnait lieu à des phénomènes intermittents.

Les fièvres rémittentes ne diffèrent des précédentes qu'en ce qu'il n'existe pas de cessation complète des symptômes, mais seulement une diminution notable de ces symptômes entre les accès.

Typhus, ou empoisonnements miasmatiques.

Typhus d'Europe.

En lisant avec attention les auteurs qui ont eu occasion d'observer le typhus dans son plus haut degré d'intensité, l'on est forcé de convenir, à moins de les accuser d'imposture, que cette maladie

se contracte par contagion. Rien n'est plus concluant, à notre avis, que ce que rapporte Pringle. Une tente qui avait servi à couvrir des militaires attaqués de la fièvre d'hôpital, ou typhus, dans leur transport sur des bateaux, fut donnée à vingt-quatre ouvriers, à Gand, pour être raccommodée; dix-sept de ces malheureux moururent du typhus. On trouve d'ailleurs un grand nombre de faits aussi frappants que celui-ci. Cependant, malgré le poids de ces autorités, qu'il nous soit au moins permis de douter du mode de contagion; est-il vrai que le typhus soit contagieux à la manière de la gale, de la syphilis, de la petite-vérole, et d'une infinité d'autres exanthèmes, comme le veut Hildenbrand? Nous l'ignorons complètement et nous pensons que de long-temps encore on n'aura de certitude à cet égard. Nous croyons que l'expression de *contagion* ne doit pas être prise dans le sens rigoureux de contagion immédiate. Seulement il est certain que la maladie se développe sous l'influence d'une cause infectante, produite par l'encombrement d'un grand nombre de malades, mais qui acquiert la funeste propriété de se transmettre par contagion. De là deux espèces de typhus, le typhus spontané et le typhus communiqué. Les phénomènes sont analogues; mais la marche de la maladie est plus lente dans le premier que dans le second. Nous pensons que la matière contagieuse est, comme dans le typhus oriental, ou

peste, un miasme qui se répand à une certaine distance, miasme d'autant plus délétère, qu'il est plus voisin du corps qui le dégage, et multiplié pour ainsi dire par les miasmes des corps voisins affectés de la même maladie. Mais cette matière contagieuse ne peut se reconnaître que par ses effets, comme l'électricité, le calorique, l'attraction, parcequ'elle ne tombe pas plus sous nos sens que ces causes physiques, dont il est cependant impossible de ne pas admettre l'existence, quoique leur nature nous soit inconnue.

Beaucoup de médecins de nos jours tranchent la difficulté en niant l'existence de la contagion.

La maladie nous a constamment offert trois périodes bien distinctes : la première, qui comprend ordinairement le premier septénaire, et que l'on nommera, si l'on veut, *période d'irritation ;* la seconde, qui comprend le plus souvent le second septénaire, et que l'on doit nommer *période de stupeur*, ou *nerveuse*, ou *de prostration ;* la troisième enfin, caractérisée par la diminution de tous les symptômes, et que l'on peut nommer *période de convalescence :* sa durée n'est point fixe, ni limitée.

Hildenbrand nous paraît avoir fait des périodes trop nombreuses, trop subdivisées. Qu'est-ce qu'une période d'opportunité? Une maladie qui n'est pas encore commencée peut-elle avoir une période? Cet auteur nous semble aussi avoir astreint la nature à une marche beaucoup trop régulière.

Dans son typhus irrégulier même, il conserve encore les périodes, comme si alors elles n'étaient pas confondues, ainsi que nous l'avons observé. Nous avons vu en effet la période adynamique se manifester sans être précédée du septénaire d'irritation.

Dans la période d'invasion, qu'il caractérise par un frisson constant, nous avons souvent observé que les malades ne l'avaient point éprouvé; ce qui rend souvent difficile la date de l'invasion.

Sa période inflammatoire existe-t-elle toujours? donnera-t-on le nom d'*inflammation* à des douleurs de membres? etc.

La maladie s'annonce ordinairement par le changement d'humeur, l'inquiétude morale, des lassitudes spontanées, la perte de l'appétit. Elle débute par un frisson plus ou moins long, d'une heure à douze de durée, il est suivi de chaleur et de moiteur; on observe les phénomènes suivants: état d'inquiétude et d'étonnement, quelquefois crainte de la mort, et même désespoir; d'autres fois grande indifférence; délire rare à cette époque, la plupart du temps roulant sur un seul objet; réponses justes, mais faites d'une manière qui n'est pas ordinaire, quelquefois brusques, mais le plus souvent d'un ton lent et plaintif; somnolence facile à faire cesser; réveil étonné; rêves d'objets sinistres. Face en général colorée; communément battement des artères temporales; céphalalgie intense; d'autres fois, face pâle,

état d'abattement qui n'exclut pas la céphalalgie. Cette céphalalgie occupe souvent la tête tout entière; presque toujours, surtout vers la fin de cette période, la figure présente un aspect d'étonnement et de stupeur. Yeux injectés, rouges, larmoyants; impression souvent pénible de la lumière ; apparition de spectres ou autres objets monstrueux et effrayants. Ouïe le plus souvent d'une sensibilité exaltée ; tintements, bourdonnements et autres bruits d'oreilles ; quelquefois diminution de sensibilité de ce sens. Odorat présentant peu de changements. Goût singulièrement diminué, sans doute à cause des accidents gastriques qui existent souvent. Le toucher est quelquefois le siége de phénomènes singuliers ; le plus fréquent est l'insensibilité du tact, qui ne reçoit plus aucune impression.

Du quatrième au septième jour, ordinairement, la peau se recouvre de pétéchies, taches semblables à des morsures de puces, sans ardeur, sans démangeaison, la plupart du temps sans élévation, sans aspérité, ni ulcération, n'apportant aucun soulagement, d'un rouge plus ou moins clair ou foncé, petites comme des têtes d'épingles, quelquefois d'une ligne de diamètre, se réunissant rarement entre elles, ayant presque toujours leur siége dans toutes les parties du corps, excepté à la figure, où nous ne les avons jamais observées. Cette éruption est plus visible lorsque le malade est en moiteur ; elle semble quelquefois disparaî-

tre, et reparaît de nouveau; elle est plus apparente aussi et plus rose chez les personnes dont la peau est blanche et fine, que chez celles dont la peau est brune et épaisse. Quelquefois les pétéchies sont remplacées par une véritable éruption, saillante, rude au toucher, qui a beaucoup d'analogie avec elles, et qui se termine par la desquamation de l'épiderme : nous avons vu une fois des phlyctènes volumineuses.

Une impossibilité ou du moins une grande difficulté de se mouvoir, des douleurs violentes dans les membres supérieurs ou inférieurs, ou même dans diverses parties du corps, comme au dos, aux lombes, dans les épaules, le tremblement des mains, sont les symptômes les plus caractéristiques de la maladie, dans la période dont nous parlons. Bouche pâteuse ou amère, nausées qui augmentent de jour en jour; langue blanche ou jaune, rarement sèche; soif intense, inappétence, épigastre douloureux à la pression, abdomen aussi très douloureux, dévoiement plus fréquent que la constipation. Ce n'est que vers la fin de cette période que se manifeste le vomissement spontané de matières porracées et âcres. La respiration est le plus souvent accélérée, la gorge et la poitrine peuvent être le siége d'une phlegmasie, et presque toujours les malades se plaignent de toux et de douleurs dans les organes thoraciques ; souvent aussi la respiration est gênée ; il y a étouffement. Pouls fré-

quent, développé, mou dans la sueur ; hémorrhagies nasales, quelquefois très abondantes, et qui se répètent souvent vers la fin de ce septénaire ; le sang est ordinairement noir, et accompagné de beaucoup de sérosité. Ces hémorrhagies ont surtout lieu lorsque la céphalalgie a été très intense, la face colorée, les yeux injectés ; enfin que les symptômes de congestion vers la tête ont été très marqués. Chaleur intense et mordicante, faisant éprouver une sensation pénible à l'extrémité des doigts. Sueur ou moiteur dans le paroxysme. Urines le plus souvent rares, quelquefois involontaires vers la fin de ce septénaire, rouges, troubles, et même noirâtres. Paroxysme, ordinairement le soir et dans la nuit. La période dont nous parlons est sujette à des anomalies ; quelquefois elle n'est que de trois jours. La période de stupeur ou de prostration se manifeste presque dès l'invasion, ce qui n'empêche pas l'éruption des pétéchies. D'autres fois elle se prolonge jusqu'au quatorzième jour, et l'éruption de l'exanthème n'a lieu que le onzième jour. Nous l'avons vue même d'une plus longue durée.

La deuxième période commence ordinairement vers le septième jour, depuis l'invasion de la maladie, mais cela n'est pas constant ; et de même que nous avons vu les pétéchies ne paraître que le onzième jour, de même aussi avons-nous vu la période adynamique ne se présenter qu'après le

second septénaire ; elle paraît aussi quelquefois dès le principe de la maladie. La stupeur et la somnolence se prononcent davantage ; délire taciturne, typhomanie, réponses toujours justes, plaintes continuellement exhalées ; pertes fréquentes de connaissance, surtout au moindre mouvement, et quand le malade veut se lever sur son séant; rêves toujours pénibles. Face de plus en plus étonnée, décoloration de la figure, céphalalgie persistant presque toujours. Yeux toujours injectés, rouges, et souvent chassieux ; apparitions de diverses natures ; sensibilité de la vue diminuée fréquemment. Les bruits d'oreilles n'importunent plus autant le malade, qui souvent devient sourd à cette époque. La diminution de sensibilité des autres sens augmente visiblement. Les pétéchies ou l'éruption persistent jusqu'au onzième jour, époque à laquelle elles s'effacent. Dans quelques cas, l'éruption n'a pas lieu, ce qui arrive lorsque l'épidémie tire vers son déclin. L'impossibilité de se mouvoir devient plus grande, et par les douleurs de membres qui persistent, et par la prostration, l'accablement des forces qui surviennent. Le malade alors reste couché en supination : il y a parfois des soubresauts des tendons, et le tremblement des membres persiste, lorsqu'il a lieu dans la première période. Sensation d'un goût empoisonné, soif considérable; langue brune, noire, sèche, dans le redoublement; dents et gencives, ou sèches, ou recouvertes d'une

matière muqueuse, épaisse et brune; nausées, vomissements de matières jaunes, verdâtres, porracées et âcres; douleur de l'épigastre et des diverses parties de l'abdomen; dévoiement plus ordinaire que la constipation; selles souvent involontaires, plutôt par la grande faiblesse que par défaut de conscience. Respiration fréquente, pénible; étouffements, douleur dans la poitrine, et expectoration de matières muqueuses rougeâtres, et même écumeuses et sanguinolentes. S'il existe une péripneumonie, alors se trouvent réunis les autres symptômes de cette phlegmasie: voix altérée et plaintive; pouls petit, faible, fréquent dans le paroxysme, rarement inégal, mais quelquefois d'une grande lenteur, surtout vers la fin de cette période, et chez les personnes d'un tempérament lymphatique. Les hémorrhagies ont fréquemment lieu au commencement de cette période, et n'apportent pas de mieux sensible; elles laissent, au contraire, le malade dans un grand état d'accablement. Chaleur âcre; d'autres fois sueur plus ou moins abondantes; urines toujours noirâtres, tenant en suspension des flocons bruns. L'éruption des parotides et des bubons ne s'est jamais offerte à notre observation. Dans quelques cas, la période de prostration est si légère, qu'à peine peut-on la saisir. Les paroxysmes du soir et de la nuit continuent d'avoir lieu, mais diminuent vers la fin de cette période.

La troisième période, caractérisée par la dimi-

nution graduelle de tous les symptômes, et en général suivie du retour à la santé, arrive vers le quatorzième jour, quelquefois vers le dix-septième et vingt-unième. Nous l'avons peu vue survenir à la suite d'une crise. Les auteurs disent que les sueurs sont la voie la plus fréquente des crises de cette affection. Quoi qu'il en soit, dans cette période, la stupeur et la somnolence diminuent; les malades commencent à sourire et perdent leur indifférence; le délire disparaît; plus de plaintes; les réponses, toujours justes, se font d'une manière plus naturelle; le sommeil devient réparateur, les rêves fâcheux s'évanouissent. La face est pâle et amaigrie, mais sa couleur n'est plus altérée. Les sens reprennent de jour en jour leur sensibilité; la vue reste encore quelque temps troublée, et l'ouïe reste dure. La faiblesse est toujours très grande; les syncopes sont encore fréquentes, mais le brisement des membres disparaît, et se trouve remplacé par une lassitude moins pénible. La langue se nettoie vers son extrémité et sur ses bords; les nausées, en général, disparaissent et font place à l'appétit; le malade savoure ce qu'on lui permet de manger; plus de douleurs abdominales; les selles redeviennent naturelles. La respiration reprend sa fréquence ordinaire, mais le malade se plaint encore de rhume. Le pouls devient lent, et augmente peu à peu de force. La chaleur et la coloration de la peau reprennent leur type naturel;

on remarque quelquefois l'exfoliation de l'épiderme, résultat de l'éruption. Cette amélioration fait de jour en jour des progrès, et le malade atteint d'autant plus vite sa santé accoutumée, que la maladie aura été moins intense, qu'elle aura été plus simple, plus exempte de complications, que celles-ci auront été combattues plus à propos, et que la maladie elle-même aura été traitée d'une manière plus méthodique. Mais le typhus ne se termine pas toujours de cette manière ; la mort en est encore plus souvent le dernier résultat, et souvent aussi d'autres maladies lui succèdent. Parmi ces dernières, les fièvres tierces ou doubles tierces, intermittentes ou rémittentes, sont les plus fréquentes; une phlegmasie locale, telle que l'angine, la péripneumonie, la péritonite, se manifeste quelquefois ; la suppuration, suite des eschares qu'entraîne une supination long-temps prolongée, peut être aussi considérée comme une maladie accidentelle qui survient après la deuxième période, et occasione souvent une terminaison funeste.

Tels sont les phénomènes morbides que j'ai observés sur un grand nombre de militaires, en 1814, en 1815. Atteint moi-même de cette cruelle maladie, j'ai pu en faire une étude plus particulière. Ce tableau ne ressemble sans doute pas exactement à ceux que les auteurs ont tracé ; mais j'ai préféré donner le résultat de mes propres observations plutôt que les opinions des autres.

Les ouvertures de corps ont fait reconnaître les traces de diverses phlegmasies cérébrales, thoraciques, abdominales, telles que les symptômes les indiquent pendant la vie.

Typhus d'Orient, ou peste.

Ce typhus reconnaît pour cause une matière contagieuse dont on ignore aussi la nature, et qui se comporte à peu près comme dans la maladie précédente. L'invasion de cette affreuse maladie a lieu par des alternatives de frisson et de chaleur, par le brisement général des membres, de l'inquiétude, de la terreur, de la céphalalgie, quelquefois un tremblement général, des syncopes, etc.

Les symptômes de la peste offrent la plus grande analogie avec ceux du typhus d'Europe; mais les caractères distinctifs de cette affection sont les anthrax ou charbons et les bubons. Les anthrax se manifestent sur les parties découvertes, au visage, à la poitrine, sur les bras; ils commencent par une douleur âcre, très vive; bientôt une phlyctène contenant une sérosité jaune ou brune se développe sur cet endroit; elle se déchire et laisse apercevoir une eschare de couleur grise, ardoisée, qui s'étend et fait des progrès jusqu'à la mort. Ces anthrax sont uniques ou multiples, accompagnés de tous les symptômes de l'adynamie la plus profonde, ou bien n'occasionent aucun appareil fébrile. Les bubons surviennent aux aines, aux aisselles, quelque-

fois au cou, rarement aux joues ; ils sont précédés d'un léger prurit, de gonflement, de rougeur et de tension. Ces phénomènes locaux augmentent d'intensité, après quoi ils diminuent graduellement, ou se terminent par suppuration ou par gangrène ; il en existe rarement plus de deux à la fois, beaucoup de pestiférés n'en ont pas. On observe souvent aussi des pétéchies typhoïques dans la peste ; ces pétéchies sont fréquemment de véritables taches pourprées ; quelquefois elles se convertissent en taches gangréneuses. Il n'y a rien de régulier dans l'apparition de ces éruptions, la marche de ce fléau étant elle-même très anomale. La peste se termine le plus ordinairement par la mort, surtout dans le principe de l'épidémie. Elle dépasse peu le premier septénaire ; elle fait périr quelquefois en douze heures de temps : on la voit se prolonger jusqu'au vingtième jour et au-delà vers le déclin de la contagion.

Nous pensons qu'il doit exister dans cette horrible maladie de graves désordres organiques ; mais l'anatomie pathologique n'a rien appris de bien positif à cet égard, et nous croyons que ces désordres organiques ne constituent pas la maladie, mais ne sont que le résultat de l'empoisonnement miasmatique.

Typhus d'Occident, fièvre jaune.

On a beaucoup discuté, dans ces dernières an-

nées, sur la contagion de la fièvre jaune. Il ne nous est nullement permis de décider cette question. Les faits les plus concluants, rapportés par les uns ou par les autres, sont toujours susceptibles de quelques doutes; chacun peut les interpréter à sa manière pour les faire tourner à l'avantage de son opinion. Si j'osais énoncer mon avis dans un sujet aussi grave et qui ne peut être décidé que par des observations ultérieures, je dirais que, d'après les faits rapportés par les partisans de l'une ou de l'autre opinion, je crois que la fièvre jaune, comme le typhus d'Europe et comme la peste, se développe primitivement par infection et se transmet ensuite par contagion; j'ajouterais qu'il n'y a presque aucun inconvénient à considérer cette maladie comme contagieuse, et qu'il peut y en avoir de plus graves à ne pas la regarder comme telle. Qu'est-ce par exemple que l'inconvénient de suspendre pendant un certain temps des relations commerciales, comparé à l'horrible danger de porter la désolation et la mort dans des villes, dans des provinces entières? Nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir le moindre motif d'hésitation. Ces questions sont sans contredit de la plus haute importance, mais ne sauraient être agitées en ce moment, le diagnostic devant principalement fixer notre attention.

Or les signes qui caractérisent le typhus d'Amérique sont la couleur jaune de la peau et le vo-

missement noir ; on observe d'ailleurs tous les symptômes communs aux divers typhus. Toutes les fois que ces symptômes affectent un grand nombre d'individus on doit reconnaître l'existence de la fièvre jaune.

Après les prodromes ordinaires aux maladies graves, le malade éprouve un frisson, variable pour sa durée et son intensité, puis une chaleur vive ; les yeux sont tuméfiés, larmoyants ; la face est colorée, exprimant la crainte, la terreur ; les forces sont abattues ; il existe une grande anxiété ; une soif ardente, une violente douleur épigastrique, des nausées, des vomissements de boissons, d'aliments, de mucus, de bile ; du dévoiement ou de la constipation ; de la difficulté à respirer ; de la fréquence et de la dureté dans le pouls. Cet état dure quelques heures, un, deux ou trois jours. Alors se montre la couleur jaune de la peau. Les conjonctives commencent par être jaunes ; la face, la poitrine, le reste du corps, sont bientôt envahis par cette couleur. La langue est sèche, rugueuse, brune ; des vomituritions de matières rouillées succèdent aux premiers vomissements. Chose singulière, les symptômes généraux diminuent d'intensité ; le malade éprouve une rémission perfide ! Les douleurs sont moins fortes ; l'anxiété diminue ; la respiration est plus facile ; le pouls plus souple, plus naturel : mais au moment où le malade, et quelquefois le médecin inexpérimenté, se livrent à une espé-

rance décevante, un nouveau cortége d'accidents, bien plus terribles que les premiers, survient, et trop souvent apporte la mort. Du quatrième au cinquième jour des matières sanguinolentes, sanglantes, brunes, noires, sont rejetées par la bouche, par les selles; la physionomie s'altère profondément; la terreur est peinte sur la face; la prostration est extrême; on observe des tremblements des membres, des soubresauts des tendons, de la carphologie, du délire, de la stupeur, de l'assoupissement, quelquefois une indifférence extrême sur l'avenir, ou une sécurité trompeuse; l'ictère devient plus prononcé; des taches livides, de vraies ecchymoses sont parsemées sur la peau; un sang clair et séreux s'échappe par toutes les ouvertures naturelles, par les narines, la langue, les gencives, les lèvres, les points lacrymaux, la conjonctive, les oreilles, les intestins, la vessie, la matrice, le vagin, les plaies, les cicatrices; enfin la mort arrive, précédée par le hoquet, l'irrégularité du pouls, le refroidissement des extrémités, l'aspect cadavéreux de la face, et tous ses funestes avant-coureurs. Elle frappe ordinairement du septième au huitième jour, quelquefois dès les premières vingt-quatre heures. Dans les cas rares de guérison, les accidents sont moins graves; ils diminuent graduellement de violence, et la convalescence s'établit à la suite de quelques mouvements critiques ou d'une manière insensible; elle

est toujours lente, pénible; le malade languit, et périt quelquefois dans la convalescence.

L'anatomie pathologique a fait reconnaître des altérations organiques très variées; principalement des gastro-entérites, et plus rarement des traces d'hépatites, de néphrites, de splénite, de pneumonies, d'encéphalites, de méningites, etc.; mais ces altérations, précisément à cause de leur diversité, doivent être considérées comme des phénomènes secondaires; le point capital est la cause spécifique, l'altération profonde des fluides, et vraisemblablement du sang, qui détermine ensuite toutes les lésions organiques qu'on rencontre. On trouve souvent une certaine quantité de ce fluide épanché dans la cavité de l'arachnoïde vertébrale.

Des empoisonnements.

C'est dans le savant ouvrage de M. le professeur Orfila qu'il faut puiser les connaissances nécessaires au sujet important que nous nous proposons ici de signaler seulement à l'attention du lecteur. Les expressions fonctionnelles et même les lésions organiques des empoisonnements n'en constituent que la partie la moins importante; ce qu'il est surtout essentiel de connaître d'une manière exacte et précise, c'est la cause de l'empoisonnement, et cette connaissance capitale ne peut être acquise que par des recherches chimiques, botaniques ou zoo-

logiques. Sous le rapport légal la cause de l'empoisonnement est tout, le reste n'est rien ou peu de chose. Mais la manière dont on arrive à cette connaissance constitue l'une des branches les plus étendues et les plus importantes de la médecine légale, et forme, dans les études médicales, une partie entièrement particulière et distincte. C'est principalement dans cette partie qu'éclate l'utilité de l'application de la chimie à la médecine, et c'est entre les mains du professeur célèbre que nous venons de citer que cette application a obtenu les résultats les plus brillants. Avant lui tout n'était dans la toxicologie que désordre, préjugés, confusion ; des notions vagues, imparfaites, éparses, constituaient cette branche si délicate de la médecine, qui pour mieux dire n'existait pas. Grâces à ses heureux travaux elle est sortie du néant pour atteindre aussitôt le dernier terme de la perfection. Sous le rapport thérapeutique la connaissance de l'agent toxique est souvent importante, mais elle l'est moins que dans le cas précédent, et souvent ici les différences des symptômes conduisent à des indications utiles.

Une des raisons qui nous engagent à parler ici des empoisonnements, c'est le rapport qu'on ne saurait s'empêcher de trouver à quelques uns d'entre eux avec les maladies précédentes, et avec celles dont nous allons traiter. Dans les unes comme dans les autres, en effet, ce n'est pas la

lésion locale qui constitue la maladie, c'est l'influence de l'agent toxique sur les fluides de l'organisme, et par suite sur un viscère plus ou moins éloigné. C'est la spécificité qui en constitue le principal élément. De cette classe sont les poisons narcotiques, narcotico-âcres, les venins, les virus, les gaz délétères, etc. Ce n'est pas par leur influence locale, mais bien par leur absorption, par leur action sur le sang, sur l'agent nerveux, que ces substances détruisent la vie. Des empoisonnements nous pouvons tirer les arguments les plus victorieux pour les altérations des fluides. Ici tout est connu, la cause et l'effet; l'un et l'autre sont soumis à l'épreuve rigoureuse de l'analyse; il ne reste aucun retranchement aux ennemis exagérés et incorrigibles de ces vérités.

Parmi les poisons, il en est qui agissent localement, en irritant, en désorganisant la partie sur laquelle ils sont appliqués, ce sont les poisons escharotiques, âcres, irritants. De ce nombre sont les préparations d'arsenic, d'antimoine, de cuivre, d'argent, d'or, de mercure, de bismuth, de plomb, d'étain, de zinc, les acides concentrés, les alcalis, le phosphore, les cantharides, l'iode, etc. Parmi les substances que nous venons de citer, il en est même quelques unes qui agissent en même temps après avoir été absorbées, et localement.

Les poisons irritants produisent quelques symptômes particuliers à chacun d'eux : mais à ces va-

riétés près, qu'il serait beaucoup trop long d'exposer ici, ils déterminent tous une saveur âcre, chaude, brûlante; une constriction à la gorge; une sécheresse considérable dans la bouche et dans l'œsophage; des vomissements de matières diverses, souvent sanguinolentes; des douleurs épigastriques intolérables; des coliques atroces; des déjections alvines; quelquefois l'appareil des symptômes généraux de la gastro-entérite intense; quelquefois, plus tard, la paralysie des membres pelviens; des vertiges, le délire, l'insensibilité générale, la mort. On trouve alors dans le canal alimentaire toutes les altérations organiques que nous a fait voir la gastro-entérite à tous les degrés. La bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins, sont le siége d'une couleur de feu, ou d'un rouge cerise, et même noire; toutes les tuniques participent à l'inflammation; elles sont parsemées d'ecchymoses circulaires ou de formes variées; de véritables eschares; d'ulcères qui peuvent intéresser toute l'épaisseur des parois intestinales; il existe dans ce cas une perforation dont les bords sont jaunes, verts, rouges. Quelquefois ces tissus sont épaissis ou ramollis, réduits en bouillie, etc.; la bouche, la couronne des dents, l'œsophage, l'estomac, le duodénum, le jéjunum, offrent une teinte blanchâtre, grisâtre, jaunâtre; ces différentes altérations peuvent se trouver éparses sur différents points du même canal alimentaire.

Les poumons peuvent être rouges, violets, hépatisés, splénisés. Les cavités du cœur sont distendues par du sang rouge, noir, fluide, concret, etc. La vessie est quelquefois manifestement enflammée. Les vaisseaux encéphaliques sont distendus par le sang ; dans certains cas, le cerveau, le foie, les muscles, etc., offrent une teinte verdâtre. La peau est semée de taches noires. Ces altérations, qui ne se rencontrent jamais toutes à la fois chez le même individu, sont plus ou moins prononcées ; il peut arriver qu'elles le soient à peine, quand le poison a produit une mort prompte.

D'autres substances toxiques ne produisent pas l'altération des parties qu'elles touchent ; elles sont absorbées, et paraissent agir principalement sur le système nerveux. De ce nombre sont l'opium, son extrait, la morphine, la jusquiame noire, l'acide prussique, le laurier-cerise, le pêcher, le merisier à grappes, la laitue vireuse, l'if, etc. Ces poisons ne déterminent aucune altération dans la bouche, le pharynx, l'œsophage ; ils n'ont point de saveur caustique, déterminent rarement le vomissement ou des déjections alvines, ou, s'ils en produisent, elles sont peu opiniâtres ; les douleurs abdominales se développent quelque temps après l'ingestion du poison ; elles sont peu vives ; si elles sont aiguës, elles se font sentir sur plusieurs points de l'organisme. Il existe fréquemment des vertiges, de la stupeur, du coma, de la paralysie, de la dila-

tation des pupilles, du délire, des convulsions, enfin un appareil varié de phénomènes encéphaliques. On ne trouve après la mort aucune lésion constante dans le canal alimentaire ; le cerveau et son système sanguin offrent souvent un état de congestion manifeste. Il n'est pas constant que le sang soit plus fluide que dans toute autre circonstance, les muscles plus flexibles, les chairs plus susceptibles de putréfaction ; etc.

Il est encore d'autres substances, en très grand nombre, dont les effets participent des deux ordres précédents ; ils agissent sur les parties avec lesquelles ils sont en contact, et portent en même temps leur action sur le système de l'innervation. Ce sont, entre autres, la scille, la scillitine, l'œ*nanthe crocata*, l'aconit napel, l'ellébore noir et blanc, la vératrine, le colchique, la belladone, le datura stramonium, le tabac, la digitale pourprée, la grande et petite ciguë, la ciguë aquatique, le laurier-rose, le seigle ergoté, la noix vomique, la fève de Saint-Ignace, l'upas tieuté, la strychnine, la fausse angusture, la brucine, le ticunas, le woorara et le curare, le camphre, la coque du Levant, la picrotoxine, l'upas antiar, les champignons vénéneux, l'alcool, l'éther, et en général les boissons spiritueuses. Ces poisons produisent des accidents variés : ce sont des phénomènes nerveux, comateux ou convulsifs, continus ou périodiques, et les signes locaux et généraux d'une

irritation plus ou moins vive. On trouve après la mort des altérations analogues, mais moins prononcées que celles que produisent les poisons simplement irritants.

L'identité qui existe entre les phénomènes occasionés par les empoisonnements et quelques maladies spontanées est tellement frappante, qu'on ne saurait apporter trop de réserve, dans une matière aussi grave, à manifester ses soupçons : *il ne peut y avoir de certitude que dans la découverte de la substance toxique.* Le cholera morbus, les perforations spontanées, les étranglements des intestins; des congestions cérébrales, l'inflammation du cerveau, des méninges, de la moelle épinière, etc., offrent souvent tous les caractères de l'empoisonnement.

Les circonstances suivantes pourront donner quelques probabilités pour cette importante distinction. L'empoisonnement a lieu dans tous les climats, dans toutes les saisons, sans signes précurseurs; les matières vomies présentent des caractères propres; la douleur a son siége à l'épigastre, elle est continue. Les altérations organiques offrent une apparence particulière; le péritoine est souvent enflammé, etc.

Il existe encore une classe de substances qu'on a nommées septiques ou putréfiantes : l'action de celles-ci est fort analogue à celle des miasmes qui produisent le typhus; elles agissent manifestement

en altérant les fluides de l'économie animale. On range parmi ces substances le venin communiqué par la morsure de certains animaux, l'action du gaz acide hydro-sulfurique, et l'ingestion des matières animales en putréfaction. Les animaux dont la morsure est plus ou moins venimeuse, sont la vipère, le serpent à sonnettes, le scorpion d'Europe, la tarentule, l'araignée des caves, l'abeille domestique, le bourdon, la guêpe, etc. Les vomissements, la syncope, la gangrène; une série variée d'accidents cérébraux; la pâleur plombée de la face, l'altération des traits, une prostration extrême; un tremblement général, le découragement, le désespoir, le délire; la petitesse du pouls, la froideur des extrémités, la mort, sont les principaux résultats de l'action des substances dont nous parlons, lorsqu'elles sont introduites dans l'organisme: à ces signes, il faut joindre la phlegmasie locale souvent gangréneuse, produite sur l'organe en contact avec le poison. A l'ouverture du corps les vaisseaux contiennent un sang noir, verdâtre, épais, coagulé ou fluide; les organes voisins de l'infection se déchirent avec facilité; ils se putréfient promptement. Lorsque la substance toxique a été ingérée par la bouche, on trouve des traces de phlegmasie gangréneuse dans les voies digestives; le cœur est flasque, mou, affaissé sur lui-même.

Asphyxies.

L'asphyxie peut être produite par la respiration de gaz délétères, de gaz impropres à la respiration, par défaut d'air, par submersion, strangulation, etc.

Les gaz qui peuvent produire l'asphyxie sont le gaz acide carbonique, la vapeur du charbon en combustion, l'air non renouvelé, le gaz qui se dégage des fosses d'aisance; les gaz ammoniac, azote, chlore, hydrogène, hydrogène arsénié, hydrogène carboné, hydrogène sulfuré, acide nitreux, protoxyde d'azote, acide sulfureux.

La suspension des différents actes fonctionnels, produite par une cause qui a spécialement agi sur le poumon, porte le nom d'*asphyxie*. Cet accident présente des symptômes communs, et des symptômes particuliers à chaque cause asphyxiante. Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur les points les plus intéressants de cette matière. Toutes les maladies qui gênent et finissent par empêcher la respiration, soit en oblitérant le conduit aérien, soit en comprimant les poumons, en empêchant la dilatation de la poitrine, les mouvements du diaphragme, etc., causent la mort par une véritable asphyxie.

Lorsqu'un lien comprime fortement le cou au point d'intercepter l'entrée de l'air dans les poumons et le cours du sang, la face se gonfle et de-

vient livide, les yeux sont saillants, demi clos, les lèvres gonflées, violettes, la bouche est écumeuse, la langue est pendante, les veines des tempes, de la face et du cou sont tuméfiées. En même temps le corps est agité de mouvements divers; les doigts sont contractés; le cerveau dans un état comateux; toutes les excrétions peuvent être involontaires; l'érection peut se manifester. Bientôt la circulation et tous les actes fonctionnels s'arrêtent complètement; le malheureux a cessé de vivre. Lorsque l'individu a été suspendu, les cartilages du larynx sont fracturés et les vertèbres quelquefois luxées. A la mort on trouve une distension violente du système sanguin cérébral; les cavités gauches du cœur contiennent plus de sang que les droites, etc.

L'individu submergé éprouve une extrême anxiété, dont tous ceux qui ont plongé et qui ont été retenus dans l'eau plus long-temps que ne leur permet leur organisation, peuvent se faire une juste idée. Une céphalalgie violente, des battements de cœur, des vertiges, des tintements d'oreilles, enfin tous les symptômes d'une congestion vers la tête, produite par la terreur, le combat que l'homme livre contre la mort, le défaut de respiration, surviennent au bout de peu d'instants; au bout de peu d'instants aussi tous ces accidents cessent, l'individu perd connaissance, et la mort arrive après quelques minutes, et d'autres fois après une et deux heures d'immersion, différence qu'il

est difficile d'expliquer. On trouve des altérations analogues aux précédentes. Le ventre se météorise, et le corps se décompose rapidement.

Les hypothèses plus ou moins ingénieuses, imaginées pour expliquer cette espèce d'asphyxie, ne sont que spécieuses; la seule privation d'air rend bien compte de cet accident.

L'enfant naissant est quelquefois privé de respiration par l'accumulation de mucosités dans l'arrière-bouche et dans les voies aériennes. Dans quelques circonstances la compression que le cerveau a éprouvée pendant un accouchement laborieux s'oppose à la dilatation de la poitrine, l'asphyxie et la mort peuvent en résulter.

Si un individu respirait un gaz impropre à la respiration, mais non délétère, il éprouverait bientôt les effets de l'asphyxie, c'est-à-dire d'abord de l'anxiété, de la dyspnée, de la suffocation, enfin la suspension de la respiration, de la circulation et de tous les actes fonctionnels, mais moins rapidement que dans les cas précédents. Le sang des sujets qui ont succombé à ce genre d'asphyxie est noir, liquide, leurs muscles conservent pendant quelque temps leur contractilité.

L'asphyxie, produite par des gaz nuisibles, présente quelques variétés suivant que le gaz est irritant ou délétère. Dans le premier cas, il se manifeste de la toux, une titillation pénible à la gorge, un spasme douloureux dans les voies aé-

riennes, et la mort arrive au bout d'une ou de deux minutes et demie. Les gaz délétères font périr avec plus de promptitude encore.

Le gaz oxyde de carbone produit d'abord de la céphalalgie, de l'anxiété, des vertiges, de la dyspnée, des palpitations, des vomissements; puis la somnolence, la faiblesse, le tremblement des membres, la syncope, enfin l'abolition complète de la respiration et de la circulation; le sang est liquide, brun, noir, même dans les artères; le corps conserve long-temps sa chaleur.

Le gaz des fosses d'aisance détermine d'abord des phénomènes cérébraux, des accidents de stupeur, de coma, de paralysie, ou au contraire de l'excitation, du délire, des convulsions; une danse automatique, des douleurs dans l'estomac et dans les articulations, etc.; après ces premiers accidents survient la suspension de la respiration et de la circulation. Les variétés qu'on observe dans les symptômes dépendent de la nature des gaz, de la disposition individuelle, ou de diverses circonstances accessoires. La mort arrive quelquefois après être sorti du lieu infecté; quelques moments avant, les malades reprennent assez souvent connaissance; la respiration et la circulation reparaissent momentanément; le pouls est accéléré, inégal; la respiration gênée, luctueuse, bruyante; la bouche est remplie d'une écume blanche ou sanguinolente; la face est pâle ou livide; les mem-

bres sont agités de convulsions générales ou partielles; les malades poussent des cris, sont insensibles à tous les excitants, et succombent au bout de plusieurs heures, ou reviennent à la santé.

Une décomposition prompte s'empare du cadavre; il est recouvert de larges ecchymoses, emphysémateux, jaune, verdâtre, fétide. Les bronches contiennent des mucosités visqueuses, brunâtres, ainsi que la bouche et les fosses nasales; le sang est noir et liquide; les muscles, bruns et mous, ont promptement perdu toute leur contractilité.

D'après ce que nous venons de dire, nous ne pensons pas qu'on puisse confondre l'asphyxie avec aucune des maladies qui s'en rapprochent.

Maladies des fluides.

Nous croyons qu'il doit être démontré pour tous les bons esprits que nos fluides, parties intégrantes de notre organisme, sont susceptibles d'altérations. Nous prenons ce mot d'*altération* dans son sens le plus étendu; non seulement nous l'entendons sous le rapport de la nature, de la composition, mais encore sous celui de la quantité. Les fluides peuvent pécher, être *altérés*, par leur quantité plus grande ou moindre que dans l'état normal; ils peuvent être viciés dans leur nature.

Nous connaissons les effets de la trop grande abondance de sang; il n'est, je crois, personne qui voulût les contester aujourd'hui. L'état opposé

ne saurait être nié davantage. Malheureusement nous sommes réduits à de simples conjectures pour ces mêmes excès et ces mêmes défauts dans les autres fluides de l'organisme. Existe-t-il une pléthore lymphatique, une *alymphie*, et surtout une pléthore nerveuse, une diminution de l'agent nerveux, ainsi que des autres fluides? C'est possible, cela ne répugne nullement à la raison; mais nous n'en avons pas la certitude. Il est donc sage de garder le silcnce à cet égard.

Mais les altérations des fluides et du sang en particulier ne se bornent pas à dépasser en plus et en moins leur quantité normale, il est incontestable qu'ils sont viciés dans leur nature. De tout temps, et récemment encore, par l'auteur de la nouvelle doctrine, le scorbut a été regardé comme une altération du sang. Les expériences de M. Leuret mettent hors de doute que le charbon, chez les chevaux, ne soit le résultat d'une altération analogue; les expériences de MM. Gaspard, Magendie, et autres, prouvent aussi que les substances animales putréfiées injectées dans les vaisseaux, mises en contact avec les parties dénudées, ou prises à l'intérieur, développent un état putride chez les animaux. Parmi les poisons il n'en est guère de plus actifs que ceux-là, et l'histoire de l'empoisonnement par les boudins fumés en putréfaction en a fourni des exemples trop nombreux et irrécusables; et certes ce n'est pas en développant une irri-

tation que ces substances agissent. Un très grand nombre de poisons ne portent manifestement leur action que sur les fluides ; la morsure des animaux venimeux ne tue pas en déterminant une irritation ; quelques gaz délétères ne font pas périr en produisant l'inflammation. Les gaz de *plomb*, les plus terribles de tous, décomposent sur-le-champ les fluides de l'économie, et font naître une espèce de typhus subit spontané. Mais les exemples, les faits, les preuves se multiplient sous notre plume. Croit-on que la peste, le typhus, la fièvre jaune, soient exempts d'altérations des fluides ; ces véritables empoisonnements miasmatiques, est-ce sur le tissu des organes ou sur les fluides qu'ils portent leur désastreuse influence? Croit-on que dans les fièvres intermittentes elles-mêmes, les fluides soient exempts d'altérations? et si la cause de l'intermittence est si rebelle à nos recherches, ne faut-il pas l'attribuer à ce que les fluides sont le siége de la maladie? Enfin, si l'on nie la spécificité de la dysenterie, de la dothinentérite, du croup, de la coqueluche, ces médecins spéculateurs nieront-ils celles de la variole, de la vaccine, de la rougeole, de la scarlatine, etc.? Et sur quelles parties agissent ces virus, si ce n'est d'abord sur les fluides? Cette action n'est-elle pas assez démontrée par la contagion au moyen de l'insertion? Ne l'est-elle pas par les symptômes généraux qui précèdent l'éruption? Sera-ce la piqûre de la vaccination qui

produira cet appareil de réaction, ou une gastrite développée subitement?... Je vais plus loin, et je mets en fait que, pour la plupart des phlegmasies de la peau, même les plus simples, telles que le zona, l'urticaire, etc., quoique ces phlegmasies n'aient rien de contagieux, il est impossible de ne pas admettre une cause d'une nature particulière, puisque ces maladies ont toutes une physionomie tranchée ; et que ces causes, aussi variées que les maladies qu'elles occasionent, ne peuvent être ailleurs que dans les fluides.

Maintenant où placerons-nous la cause spécifique du cancer, des tubercules, et d'une foule de productions accidentelles? je le laisse à penser. Pourquoi rejetterions-nous les maladies des fluides? Les fluides ne sont-ils pas une partie de l'organisme? leurs maladies ne sont-elles pas par conséquent une partie de la médecine organique? La nature de ces maladies est difficile à saisir, sans doute; mais est-ce une raison pour les rejeter? Ces altérations ne se montrent-elles pas assez par leurs effets, par le caractère particulier des maladies qu'elles produisent? que pouvons-nous désirer de plus?

A la pléthore, à l'anémie, au scorbut, nous réunissons ici les scrofules, le rachitis, etc., plutôt parceque nous ignorons la nature de ces maladies, que parceque nous les considérons comme des altérations des fluides.

Pléthore sanguine, polyœmie.

Lorsque, par une cause quelconque, le sang se trouve dans une abondance plus grande qu'il n'est nécessaire pour l'entretien de la santé, il se manifeste des modifications fonctionnelles faciles à saisir.

La face est rouge, colorée, les yeux brillants, les lèvres vermeilles, légèrement tuméfiées; les veines du front, des tempes, du cou, sont visiblement plus saillantes que dans l'état naturel; quelquefois les artères temporales battent avec force, surtout par le moindre exercice et par une impression morale un peu vive; la peau du tronc et des membres est rosée, molle, douce au toucher, chaude, et quelquefois un peu humide; toute la surface du corps paraît augmentée de volume; les mouvements des doigts sont gênés par cette tuméfaction; le pouls est fort, large, développé, fréquent; les battements du cœur sont plus forts que dans l'état normal, principalement par le moindre mouvement, ce que les malades prennent souvent pour un signe de maladie organique de ce viscère; les pulsations artérielles sont surtout sensibles à la tête et à l'épigastre; des épistaxis, des hémoptysies, et autres hémorrhagies, se manifestent fréquemment pendant cette disposition. D'ailleurs on observe de la somnolence, une grande tendance au repos,

de la pesanteur à la tête et même de la céphalalgie; des bruits, des sifflements, des tintements dans les oreilles, des éblouissements, des bluettes, des étincelles, des vertiges; il est douteux que les objets paraissent colorés en rouge; des fourmillements, des picotements, des engourdissements dans les membres; de la fatigue, des douleurs spontanées et générales. La sensibilité est obtuse; les facultés intellectuelles sont comme engourdies; la mémoire, l'imagination faiblissent, le jugement se trouble; toute attention, toute application devient impossible; le malade est triste, pesant, ennuyé. La respiration est gênée, fréquente, courte, oppressée; l'appétit est nul ou peu prononcé; il existe des douleurs vagues dans l'abdomen; la défécation est rare, les matières fécales sont dures et noires; les urines sont rouges, peu abondantes, exhalent une odeur fortement animale.

La pléthore est générale ou partielle. Dans ce dernier cas il existe des signes locaux plus prononcés dans l'organe congesté. Ces phénomènes surviennent rapidement ou avec lenteur, demeurent stationnaires, offrent de véritables paroxysmes, et enfin disparaissent au bout de quelques jours par les moyens de l'art ou par les seuls efforts de la nature.

Anémie.

S'il peut arriver que l'hématose soit trop riche,

trop abondante, l'état contraire n'est pas moins fréquent. A la suite d'une hémorrhagie copieuse, de pertes considérables en tous genres, par l'effet d'une alimentation insuffisante, par l'épuisement suite d'une maladie chronique, l'anémie peut survenir; mais, dans ce dernier cas, elle est purement symptomatique.

On reconnaît cet état à des signes presque en tout opposés aux précédents. La face est pâle, décolorée, jaunâtre, les lèvres blanches, ainsi que les conjonctives et la membrane muqueuse buccale; les vaisseaux sanguins sont tellement affaissés, qu'on n'en trouve plus aucune trace; la peau du tronc et des membres partage cette pâleur, elle est froide et sèche; la face est quelquefois bouffie, mais le reste du corps est sensiblement diminué de volume. Le pouls est petit, faible, lent, insensible; le cœur bat au moindre mouvement, mais ces battements sont faibles, tumultueux, ils ressemblent à des contractions imparfaites. D'ailleurs vertiges, sifflements d'oreilles, éblouissements, étourdissements, défaillances, syncopes, par défaut d'excitation cérébrale; apathie, inattention, indifférence, nonchalance, incapacité pour se mouvoir, faiblesse au moindre exercice. La respiration est lente et pénible, anxieuse; l'appétit est peu prononcé; il n'existe pas de soif; souvent on observe du dévoiement; les urines sont copieuses, incolores, sans odeur. L'anémie survient plus ou

moins rapidement; elle est ordinairement générale; elle peut durer fort long-temps.

La chlorose, qui arrive en général chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, présente des symptômes analogues, avec quelques légères différences, telles que la tristesse, la mélancolie, et des appétits dépravés, le pica, le malacia, etc.

On observe souvent l'aménorrhée chez les femmes anémiques. Il faut joindre alors aux phénomènes déjà décrits la suspension de l'écoulement menstruel, et souvent aussi, de la part de la nature, des efforts infructueux de menstruation.

Scorbut.

Lorsque le sang est altéré dans sa composition il cesse de remplir le but auquel il est destiné. Excitant et réparateur naturel de tous les organes lorsqu'il est dans l'état normal, ceux-ci languissent dans leurs fonctions s'il vient à s'éloigner de cet état physiologique. Dès lors faiblesse générale, aversion pour le mouvement, lassitude extrême au moindre exercice, désir de repos, douleurs contusives, brisement des membres; abattement, tristesse, découragement, incapacité intellectuelle; somnolence, sommeil peu réparateur; faiblesse des sens, obscurcissement de la vue, défaillance, syncopes; face pâle, blême et jaunâtre; peau froide; appétit nul, digestions languissantes; respiration

pénible, gênée; battements du cœur peu développés; pouls petit et mou, copulation impossible. Au bout d'un temps plus ou moins long de cet état incertain de faiblesse, la face devient jaune et bouffie, la peau du corps participe à cette coloration ; bientôt on aperçoit aux mollets, aux cuisses, aux bras, au dos, et rarement à la face, des taches brunes, noires qui apparaissent sous diverses formes. Tantôt ce sont de petits points noirs, livides, disséminés; tantôt des plaques d'une étendue plus ou moins considérable ; la peau, après avoir été d'un jaune foncé, devient bleuâtre, verdâtre, violette, noire, elle suit dans ses nuances absolument les phases qu'elle parcourt dans l'ecchymose traumatique, et ne diffère de cette dernière que par l'absence de la cause extérieure et par les circonstances antécédentes. Les ecchymoses scorbutiques se dissipent de la même manière que les autres. Elles sont quelquefois suivies d'un endurcissement ligneux des parties; leur couleur violette devient brune, luisante, puis jaune, enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, jaune et naturelle. Au moment où les taches se manifestent, les gencives se boursouflent, deviennent violettes, noires, fongueuses, saignent avec la plus grande facilité, et fréquemment elles s'ulcèrent ; l'haleine contracte alors une horrible fétidité. En même temps des hémorrhagies se déclarent sur toutes les membranes muqueuses; le sang exhalé est noir, séreux,

fluide, ne se coagule jamais. La prostration augmente de jour en jour. S'il existe des plaies elles ne se cicatrisent pas, les épiphyses se décollent, les fractures restent inconsolidées, les os se ramollissent, les extrémités inférieures s'œdématient et le malade finit par succomber, dans un véritable état de décomposition, au bout d'un temps indéterminé mais ordinairement assez long. D'autres fois, lorsque les circonstances sont favorables, la convalescence s'établit.

Pendant le cours du scorbut, il peut survenir de véritables inflammations qu'on doit bien se garder de traiter comme si elles étaient simples.

A l'ouverture du corps, on trouve les vaisseaux et le cœur remplis d'un sang noir et fluide évidemment décomposé ; des infiltrations sanguines sous la peau, dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans le parenchyme des organes, dans le *cerveau* principalement. Les muscles sont mous et poisseux, ils se déchirent avec facilité ; les os sont ramollis, les épiphyses décollées ; le tissu cellulaire contient de la sérosité jaune ; les cavités des viscères sont remplies de sang ; l'estomac et les intestins en contiennent le plus ordinairement ; les plèvres, le péricarde, le péritoine en renferment aussi fréquemment.

Syphilis.

On a élevé des doutes récents sur la contagion

de la syphilis. De malheureuses expériences ont été tentées par de jeunes téméraires, dans le but de prouver que le virus syphilitique n'existait pas; quelques unes ont été suivies d'un repentir amer. Il est plus que vraisemblable que les auteurs de ces opinions refuseraient de s'exposer à un coït impur. Pour prouver que le virus vénérien était un être chimérique, on a rassemblé, d'une part, une multitude de faits qui font voir que des accidents vénériens se sont développés spontanément; d'une autre part, on a cité des faits non moins nombreux dans lesquels la contagion n'a pas eu lieu, bien qu'il y ait eu communication avec des personnes infectées ou insertion du virus vénérien; on a encore cité, à l'appui de cette opinion, les succès du traitement simple, les accidents qui suivent l'administration du mercure, l'inefficacité de ce moyen dans beaucoup de cas, etc. Nous admettons comme exacts tous ces faits et toutes ces propositions, et cependant rien ne nous paraît plus faux et plus dangereux que les conclusions qu'on en a tirées.

1° Et d'abord, il n'est sans doute aucun des auteurs qui soutiennent cette étrange opinion, qui ne sache très bien que la syphilis se communique par le contact. 2° De ce qu'on a observé beaucoup de cas où les accidents vénériens ont paru spontanés, ce ne serait pas une raison pour qu'une fois développés, ils ne se communiquassent pas par contagion. Il

faut bien que les maladies contagieuses aient un principe, un développement primitif : la peste, la variole, etc., se développent sans doute de cette manière d'abord, mais n'en sont pas moins contagieuses ensuite. 3° Si la contagion n'a pas eu lieu dans certains cas, cela ne prouve absolument rien, puisqu'il en est de même pour toutes les maladies contagieuses : le vaccin même ne prend pas toujours, il est des individus qui sont absolument rebelles à son action ; cela prouve-t-il que la vaccine ne soit pas contagieuse ? Quant aux expériences négatives, elles ne prouvent absolument rien, sinon que le mode employé pour transmettre l'infection n'était pas convenable, ou que les individus n'étaient pas dans les dispositions favorables. 4° Les guérisons obtenues par le traitement simple ne prouvent pas davantage, puisque tous les jours on guérit des maladies évidemment contagieuses par ce même traitement. 5° Enfin les accidents attribués au mercure peuvent être vrais sans qu'il en résulte que le virus vénérien ne soit pas contagieux et ne produise jamais d'accidents consécutifs. Il faut avoir renoncé à toute espèce de raison, et n'avoir jamais vu de malades, pour soutenir de pareils paradoxes. Dans la division des incurables, à la Salpêtrière, on peut s'assurer que parmi des personnes qui sont dévorées par des accidents consécutifs, le plus grand nombre a négligé de suivre un traitement mercuriel.

Il ne peut y avoir que l'esprit de système, le défaut absolu de logique, et le désir immodéré de faire parler de soi, qui ait pu faire avancer de semblables absurdités. Nous regrettons beaucoup que les bornes de cet ouvrage ne nous permettent pas de développer davantage nos arguments.

Les symptômes de la syphilis sont nombreux et variés. Ordinairement, quelques jours après un coït impur, rarement après plus de huit jours, rarement aussi après moins de vingt-quatre heures, ces premiers symptômes se manifestent. Dans la période d'incubation on n'observe pas de phénomènes précurseurs. J'ai vu cependant de l'inquiétude, de l'anxiété, des défaillances, des lassitudes générales annoncer la syphilis. Un écoulement par le canal de l'urèthre, des ulcères, des tumeurs de diverses formes, des bubons, etc., constituent les accidents de la syphilis primitive. Ces accidents ont leur siége sur les parties qui se sont trouvées en contact avec le virus.

La blennorrhagie commence par un sentiment de titillation et de cuisson au bout de la verge et au frein : le méat urinaire est rouge, gonflé ; ce gonflement se propage au gland et au prépuce. La miction est pénible et douloureuse : il survient des érections fréquentes ; mais il n'existe point encore d'écoulement. Le second ou le troisième jour, on voit suinter une mucosité limpide par l'orifice de l'urèthre. Cette mucosité devient plus

abondante et perd de sa transparence ; elle devient opaque, blanche, jaune, verdâtre. Les symptômes d'irritation locale augmentent de violence pendant un temps plus ou moins long. La douleur, le gonflement, la tension, la chaleur, sont plus prononcés. Dans quelques cas le prépuce se gonfle au point qu'on ne peut plus découvrir le gland (phimosis), ou bien qu'on ne peut plus le recouvrir lorsqu'on l'a imprudemment découvert (paraphimosis). Il se manifeste souvent des phénomènes généraux de réaction. Les glandes environnantes se tuméfient, ainsi que les vaisseaux lymphatiques, le cordon testiculaire, etc. L'érection est permanente, la verge se courbe ; l'écoulement est extrêmement abondant, la matière en est plus ou moins épaisse, ou au contraire il se supprime ; enfin, après vingt, trente jours, plus ou moins, suivant la violence de la maladie, la constitution du sujet, le traitement plus ou moins rationnel, tout cet appareil de phénomènes locaux et généraux diminue ; il finit par disparaître complètement au bout de deux ou trois mois, en passant par des phases inverses à celles que nous venons de décrire.

Les chancres qui apparaissent sur le prépuce, sur le gland, sur les grandes et les petites lèvres, le clitoris, le mamelon, la bouche, etc., se présentent sous la forme de petites ulcérations arrondies ou irrégulières, à fond rouge ou grisâtre, à

bords perpendiculaires. Ces ulcères ou chancres sont souvent très douloureux; ils tendent à s'agrandir, font des progrès plus ou moins rapides, détruisent quelquefois une partie du gland; je les ai même vus dévorer tout le pénis, et ne s'arrêter qu'au pubis.

Les mêmes parties peuvent être le siége de tumeurs, de végétations de toutes les formes. Les unes ressemblent à des verrues; elles sont rugueuses, fendillées à leur sommet; d'autres sont lisses, arrondies, mamelonnées, pédoncules, sans pédoncules, en forme de crêtes, etc. : ce sont des *framboises*, des *mûres*, des *groseilles*, des *fics*, des *condylômes*, etc.; distinctions scolastiques d'assez peu d'importance. Ces tumeurs, qui surviennent quelquefois dans la vérole primitive, sont bien plus souvent des phénomènes consécutifs; mais un accident qu'on observe souvent dans la première, ce sont les bubons. Les glandes de l'aine se tuméfient, deviennent dures, et, dans quelques cas, chaudes et douloureuses. Ce sont celles du côté gauche qui s'enflamment le plus ordinairement; elles sont ovales, arrondies, irrégulières, bosselées, inégales; lorsque le bubon est inflammatoire, il est douloureux; le malade y éprouve des élancements; la peau qui le couvre est chaude, elle rougit; bientôt la tumeur se ramollit sur un point, on y sent une fluctuation manifeste; d'autres fois le bubon diminue graduellement sans arriver à suppuration.

Quelques bubons ne font éprouver aucune douleur, ils ne changent nullement la couleur de la peau; ils restent durs, stationnaires. En général, leur durée est longue, leur terminaison la plus ordinaire est la suppuration; leur cicatrisation est alors difficile; la métastase, la gangrène, peuvent aussi leur servir de terminaison. Des phénomènes généraux, sympathiques, accompagnent communément les accidents locaux que nous venons d'exposer.

Mais le virus syphilitique ne borne pas là ses ravages; si la maladie a été mal traitée dans le principe, au bout d'un temps plus ou moins long d'une santé bonne en apparence, le malade éprouve sur le trajet des os longs et sur les os plats, des douleurs intolérables, qui augmentent pendant la nuit; des tumeurs dures naissent sur la surface de ces os, qui souvent se carient ou se nécrosent. La peau se couvre de taches, de squames, de tubercules, de pustules, d'ulcères, etc., qui revêtent mille aspects divers. Des chancres dévorent le voile du palais, la face, etc.; enfin cette horrible maladie peut prendre les formes les plus hideuses, les plus dégoûtantes.

Scrofules.

Long-temps on a cru que les scrofules étaient contagieuses, qu'il existait par conséquent un vice scrofuleux. Cette croyance est aujourd'hui géné-

ralement abandonnée. Le phénomène principal et caractéristique des scrofules est le gonflement et la suppuration des glandes lymphatiques. Mais plusieurs autres maladies ont été regardées, non sans apparence de raison, comme l'effet de la disposition scrofuleuse; de ce nombre sont les tumeurs blanches des articulations, le gonflement des doigts, la carie des phalanges, la carie des vertèbres, les tubercules mésentériques, dans certains cas les tubercules pulmonaires, etc. La description de plusieurs de ces maladies appartient à la chirurgie ; nous avons donné dans son lieu le diagnostic des autres.

La constitution scrofuleuse, qui ne paraît être que l'exagération de la prédominance lymphatique, présente une physionomie reconnaissable. La face, ordinairement brillante de fraîcheur, offre l'apparence illusoire d'une bonne santé ; le teint est rosé, la peau blanche et fine, les cheveux blonds. Les parents s'applaudissent de cet éclat trompeur. Quelquefois la figure est pâle et comme transparente, les traits sont pleins de délicatesse ; d'autres fois les lèvres sont épaisses, surtout la supérieure; les ailes du nez larges, la mâchoire inférieure carrée ; la tête est souvent volumineuse, la poitrine resserrée, le ventre développé; les articulations sont fortes, les masses musculaires grêles ; cependant les formes sont en général arrondies, les chairs sont molles, la peau fraîche ; toutes

les fonctions sont lentes, peu énergiques. Tels sont les sujets disposés aux scrofules. Lorsqu'il survient chez eux quelque inflammation, elle passe avec la plus grande facilité à l'état chronique, et porte alors l'épithète de *scrofuleuse*, ophthalmie *scrofuleuse*, otite *scrofuleuse*, ulcère *scrofuleux*, etc. On serait néanmoins dans l'erreur si l'on croyait que tous ces caractères doivent se trouver réunis pour constituer la disposition scrofuleuse. Beaucoup peuvent manquer, et l'engorgement des glandes lymphatiques n'en survenir pas moins; on l'observe même assez fréquemment chez des sujets bruns, à chevèux noirs, maigres, etc.

Quoi qu'il en soit, un des premiers symptômes que l'on rencontre chez les scrofuleux, c'est une légère inflammation des ailes du nez: elles sont rouges, chaudes, fendillées. Les glandes cervicales s'engorgent; elles sont d'abord petites, peu sensibles au toucher, puis dures, inégales, bosselées, et jusque là indolentes; à ce degré ces glandes sont encore mobiles. Peu à peu leur volume augmente, elles deviennent immobiles, légèrement douloureuses, et par la compression qu'elles exercent sur les organes sous-jacents, elles gênent la voix, la respiration et la déglutition. La couleur de la peau est à peine changée; mais sur chaque côté du cou l'on aperçoit une saillie quelquefois telle qu'elle forme un plan continu avec la face et le thorax; les mouvements de la tête sont alors très

difficiles, ainsi que l'écartement des mâchoires. Après un temps ordinairement très long, ces tumeurs diminuent spontanément d'une manière plus ou moins rapide, et disparaissent. C'est là leur terminaison la plus heureuse, mais aussi la plus rare; plus souvent elles se ramollissent, deviennent douloureuses, fluctuantes; la peau qui les couvre rougit, devient violette, bleuâtre, s'amincit, s'ouvre et laisse échapper un liquide puriforme, ichoreux, grumeleux, plus ou moins abondant. La plaie irrégulière qui résulte de cette ouverture spontanée et très difficile à cicatriser. Il faut souvent exciser la peau amincie; la cicatrice qui en résulte est ordinairement difforme. Ces accidents sont fréquemment multiples; une glande succède à une autre. Souvent toutes les glandes de l'organisme participent à cet engorgement, mais principalement celles qui entourent la trachée-artère et l'œsophage, d'où naissent des modifications fonctionnelles graves, ainsi que nous l'avons annoncé. La phthisie pulmonaire et le carreau terminent quelquefois l'existence de ces malheureux.

La durée des scrofules est indéterminée; elles disparaissent, dans quelques cas, à l'âge de la puberté. La suppuration, la carie, le cancer, peuvent survenir à la suite des engorgements scrofuleux; la gangrène leur succède rarement.

Rachitis.

Nous plaçons ici le rachitis, quoique rien ne prouve qu'il dépende d'une altération des fluides, mais parcequ'il paraît tenir à une disposition générale encore peu connue. La déviation de la colonne vertébrale constitue le principal phénomène de cette maladie, à laquelle elle a donné son nom. Le rachitis est propre à l'enfance et à la puberté ; j'ai eu occasion d'en observer des exemples rares chez les vieillards.

Les rachitiques ont la tête volumineuse, le front saillant, l'intelligence vive et précoce, une physionomie vieille ; leurs membres sont grêles, faibles, décharnés, leurs articulations volumineuses. Bientôt on voit survenir dans la direction des os ou dans leur mode d'accroissement des changements remarquables. Ceux des membres inférieurs se courbent dans tous les sens ; ces courbures sont quelquefois parallèles, de sorte qu'une jambe forme un arc de cercle en dedans, tandis que l'autre le forme en dehors ; d'autres fois la courbure de toutes les deux a lieu en dehors ou en dedans, de manière à écarter ou à rapprocher beaucoup les articulations des genoux. Les courbures sont souvent multiples sur le même os. Les membres inférieurs sont arrêtés dans leur développement; et, dans certains cas, au contraire, ils n'éprouvent aucune torsion ; ils sont droits, et

paraissent avoir une longueur démesurée, relativement au tronc, qui seul alors est déformé. Les membres thoraciques éprouvent des changements tout-à-fait analogues, mais qu'on remarque ordinairement moins. Les altérations de structure qui surviennent dans les os du tronc sont dignes d'une attention plus sérieuse, en ce qu'elles gênent les fonctions les plus importantes à la vie. La colonne vertébrale se courbe en avant, en arrière, sur les côtés, et cette courbure peut être portée à un point extrême ; les côtes suivent nécessairement la direction de la colonne vertébrale, de sorte qu'elles paraissent rentrées d'un côté et saillantes du côté opposé ; elles chevauchent les unes sur les autres, cessent de se mouvoir, et finissent par se souder ; ce qui fait comprendre combien doivent être gênés les organes sous-jacents. Les omoplates sont souvent bosselées, rondes, irrégulières ; le sternum fait saillie en avant. Les os du bassin sont aussi le siége de déformations nombreuses, etc. On ne finirait pas si l'on voulait décrire tous les vices de structure dont les os sont susceptibles dans cette maladie. Ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que les organes de la respiration et de la circulation, comprimés, gênés dans leurs mouvements, ne remplissent que des fonctions imparfaites, insuffisantes à l'entretien de la santé et de la vie. Aussi les rachitiques sont-ils fréquemment frappés de maladies au-dessus des

ressources de l'art, et qui terminent prématurément leur carrière : l'anévrysme ou l'hypertrophie du cœur pulmonaire en sont le résultat le plus fréquent.

Névroses dites générales.

Sous la plume philosophique du docteur Georget, les entités ayant disparu pour faire place aux faits bien observés, les névroses, vaste champ exploité par les amateurs des abstractions, sont rentrées dans le domaine de la pathologie générale. Imbu, comme tous les bons esprits, des principes de la médecine organique, dominé par cette pensée que les altérations fonctionnelles doivent être rattachées à des altérations organiques, il a employé tous ses efforts pour faire comprendre que les lésions d'intelligence, de sensibilité, de mouvements, autrefois considérées comme des maladies des propriétés vitales, etc., devaient être considérées comme les expressions fonctionnelles de lésions des organes qui président à ces fonctions; c'est là la pensée dominante de ses écrits ; honneur lui soit rendu, puisqu'il a fait rentrer ainsi cette branche de l'art dans le sentier de la raison ! Mais s'il est impossible de contester ce principe, qui, depuis que nous écrivons, fait, pour ainsi dire, la morale de nos écrits, comme il fait depuis huit ans la base de notre enseignement clinique, on sent qu'on désirerait pour chaque maladie la preuve

anatomique qui servirait à le confirmer d'une manière irrévocable. Malheureusement, quoiqu'il soit incontestable que l'épilepsie, la chorée, etc., dépendent d'une altération de la portion du cerveau qui préside au mouvement, nous ne savons encore rien de positif sur la nature de cette altération; ici, comme dans la plupart des maladies de cette division, *cette base de toute certitude médicale* nous manque. Espérons que des recherches ultérieures feront disparaître ces pénibles incertitudes.

Nous n'ignorons pas que par les travaux de quelques jeunes médecins, nourris dans les principes de la médecine organique, tels que MM. Delaye, Foville, Pinel-Grandchamp, Cazauvielh, Bouchet, plusieurs des points obscurs que nous venons de signaler ont déjà reçu de précieux éclaircissements; mais ces travaux estimables demandent d'être poursuivis, et soutenus par des observations nouvelles.

Nous allons exposer dans ce chapitre les caractères des maladies regardées jusqu'ici, faute de mieux, comme des névroses, telles que la folie et ses divisions principales, l'hydrophobie, l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la chorée, le tétanos.

Aliénation mentale, folie.

On ne saurait parler de l'aliénation mentale sans citer le nom de l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique;* ce nom, le plus beau de la médecine moderne, sera surtout transmis à la postérité par

le *Traité sur l'aliénation mentale.* Ce que Pinel fit pour les aliénés lui a mérité la reconnaissance de l'humanité, et doit l'élever au rang de ses bienfaiteurs. Il a tiré de la barbarie cette branche de l'art, et s'il n'a pas tout fait, c'est qu'il était homme ; mais il n'a laissé à ses successeurs que la gloire de suivre de loin ses vestiges.

Ce n'est pas sans éprouver le plus vif regret qu'on se voit réduit à diviser encore aujourd'hui l'aliénation mentale d'après de simples modifications fonctionnelles. Certes, ce n'est pas là où doit conduire la médecine organique. Ces variétés sans nombre, basées sur de simples différences de délire, nous paraissent peu utiles au traitement des insensés, et partant peu philosophiques : c'est exactement comme si l'on divisait les maladies du poumon d'après les différents degrés de dyspnée. Il peut être bon de les indiquer ; mais nous croyons qu'on s'y étend avec beaucoup trop de complaisance. Les divisions symptomatiques sont tout au plus bonnes dans l'enfance de l'art.

Dans sa signification la plus étendue, on doit entendre par folie un dérangement continu ou intermittent d'une certaine durée dans les facultés intellectuelles et morales. La folie s'annonce souvent par quelques travers d'esprit, quelque exagération dans les penchants, les goûts, les habitudes ; par des idées fixes qui obsèdent le malade et se reproduisent malgré lui ; par des aberrations

des sens, etc.; d'autres fois elle arrive subitement, et atteint promptement toute son intensité. Ils perçoivent des sons, des bruits, des objets, des odeurs qui n'existent pas; ils supportent facilement un froid excessif, et paraissent insensibles aux impressions douloureuses. Tantôt ils déraisonnent sur tous les sujets, ils parlent sans suite, sans liaison des objets les plus incohérents, avec une extrême volubilité et la plus grande excitation; tantôt ils raisonnent très bien sur tous les sujets, excepté sur un seul : tant qu'on ne touche pas ce sujet ou quelque chose qui peut y ramener leur attention, on les dirait les gens les plus sensés du monde; ils ont des aperçus fins, ingénieux, de l'instruction, de la mémoire, de l'érudition sur toute autre chose, suivant leur éducation, et quelquefois plus que dans l'état sain; s'ils tombent sur le sujet de leur délire, ils en raisonnent aussi très conséquemment, selon les idées qu'ils se sont faites : rien ne peut les dissuader; ils sont convaincus qu'ils parlent et agissent avec raison.

Les fous conservent généralement la mémoire du passé; ils deviennent indifférents pour leurs proches et pour leurs amis. Ils sont dominés par un penchant, par une passion nouvelle; ils sont gais, tristes, sombres, farouches, timides, colères, emportés, méchants, rusés, traîtres, perfides, vains, orgueilleux, dominés par le penchant de la destruction, homicides, suicides, éro-

tiques, etc. Ils ont rarement des convulsions, mais ils sont agités de mille mouvements divers : ils courent, sautent, frappent, brisent; leurs forces sont singulièrement accrues. Leur physionomie exprime vivement le penchant ou la passion qui les domine. La face est rouge, injectée, animée; les yeux ouverts, brillants; les artères temporales battent avec force; leur voix est forte et sonore : d'autres fois la face est pâle, maigre, jaune, calme en apparence; leur voix est alors faible et basse. Les aliénés dorment peu; leur sommeil est peu réparateur, troublé par des rêves ordinairement fâcheux et des réveils en sursaut. Ce qui distingue principalement l'aliénation mentale du délire qui accompagne les phlegmasies cérébrales et autres, c'est qu'il n'existe ordinairement aucun trouble dans les autres fonctions organiques, ou, s'il en existe, ils ne sont pas dans une dépendance nécessaire. L'appétit est naturel, souvent augmenté; la digestion est facile, etc.

On donne le nom de *manie* à un délire général ordinairement accompagné d'excitation. M. Georget en admet trois variétés, ou plutôt trois degrés. Dans le premier, les malades parlent avec volubilité, sur mille objets divers, souvent avec justesse; ils sont dans une agitation continuelle; d'ailleurs pleins d'inconséquences, d'indiscrétion, d'étourderies. Dans le second, bien qu'ils déraisonnent habituellement, cependant on peut parvenir à fixer

leur attention ; ils sont alors susceptibles de raisonnement ; ils peuvent lire, écrire même avec suite, et converser. Dans le troisième degré, la confusion, l'incohérence, la volubilité, le désordre des idées, sont portés à leur comble, et accompagnés de cris, de vociférations, de chants, de menaces, de gestes, de mouvements désordonnés. Nous pensons qu'on devrait transporter le second degré au premier, comme nous paraissant offrir une altération moins profonde.

Lorsque le délire est exclusif, qu'il ne roule que sur une idée ou sur un petit nombre, lorsqu'il n'a pour cause que l'exagération d'un penchant, d'une passion, il a reçu le nom de *mélancolie* ou de *monomanie*. On en a fait autant de variétés qu'il y a de penchants, de passions, ou d'idées fixes. On a distingué une mélancolie ambitieuse, érotique, religieuse, démonomaniaque, lypémanique, misanthropique, zoanthropique, lycanthropique, suivant que les fous se croient rois, reines, princes, empereurs, papes, etc., qu'ils adorent des êtres imaginaires auxquels ils supposent tous les charmes, toutes les perfections ; qu'ils redoutent l'enfer, qu'ils prient continuellement ; qu'ils se croient damnés ; qu'ils vivent dans un ennui, dans une crainte continuels ; qu'ils ont les hommes en horreur ; qu'ils se croient transformés en animaux, en sexe différent du leur, etc. Il est une autre espèce de monomanie dans laquelle les malades ont

un penchant irrésistible à se détruire, cette variété a fourni à M. le docteur Falret le sujet d'un livre plein d'intérêt sous le titre d'*Hypochondrie suicide;* souvent aussi leur penchant les porte à détruire lès autres.

Les recherches cadavériques faites avec suite, dans ces derniers temps, n'ont pas été sans résultat pour l'aliénation mentale ; MM. Delaye et Foville sont arrivés à cette conséquence, que la substance grise était presque constamment altérée dans cette maladie ; cette substance est ordinairement rouge, uniformément, ou par places, injectée, brune foncée, quelquefois décolorée, molle, adhérente aux membranes qui en emportent une partie lorsqu'on les détache ; offrant au contraire plus de consistance que dans l'état normal. Les membranes elles-mêmes offrent des traces d'inflammation ; elles sont rouges, injectées, contiennent beaucoup de sérosité, elles sont opaques, blanches, opalines, couvertes d'un fluide concret puriforme, etc. ; les os sont épais, durs, éburnés, etc.

Démence.

La démence, qui consiste dans l'incapacité intellectuelle et morale, la nullité d'action de ces facultés ou du moins leur forte diminution, peut être le résultat de l'âge, ou bien succéder à la manie, à la mélancolie. Primitive ou consécutive, on la reconnaît à l'hyposthénie profonde des impres-

sions des sens, des facultés intellectuelles et morales, et de la sensibilité. La faiblesse des impressions actuelles n'est pas le résultat de l'altération des organes des sens, mais bien celui du centre de perception. Le malade a perdu le souvenir du passé, il est indifférent au présent, sans inquiétude pour l'avenir ; son attention est nulle, il est incapable de la moindre réflexion ; ses idées sont incohérentes, sans liaison ; sans affection pour ses proches, il n'est touché de rien ; il rit et pleure sans motif ; sans idées, sans désirs, sans affection, il traîne une vie végétative à peine agitée par quelques excitations fugaces passagères. La sensibilité générale est aussi obtuse que les autres facultés cérébrales, ils ne sentent l'impression ni du froid, ni du chaud, ni de l'humidité.

Lorsque la mort termine leur existence, le cerveau de ces individus est pâle, décoloré, exsangue ; la substance grise se confond, pour ainsi dire, par sa nuance avec la blanche ; on remarque de plus la diminution sensible du volume du cerveau et l'affaissement des circonvolutions, l'augmentation de consistance de la substance encéphalique, d'autres fois une mollesse générale, enfin l'épaisseur des parois du crâne, la saillie de la table interne, l'augmentation d'espace d'une lame à l'autre, etc.

Idiotie.

La différence principale qui existe entre la dé-

mence et l'idiotie, c'est que la première est acquise, la seconde est congénitale. Comme la démence, l'idiotisme consiste dans une hyposthénie plus ou moins grande des facultés intellectuelles, morales et sensitives; mais les degrés de cette espèce de paralysie sont très variables. Combien, dans le monde, ne voit-on pas de gens qui, par leur air stupide, par leur défaut d'intelligence et de moyens, par leur niaiserie, leur maladresse, peuvent, à juste titre, passer pour être atteints du premier degré d'imbécillité! Où commencera l'état morbide, où finira l'état sain? Quoi qu'il en soit, un air de stupidité, qui n'échappe pas même aux gens étrangers à l'art de guérir; les yeux ouverts, hébétés, qui regardent sans voir; la bouche béante, le front déprimé ou irrégulièrement développé; un rire continuel et sans motif, ou des pleurs répandus sans cesse et sans cause; la mémoire à peine capable de retenir quelques mots, qui sont ensuite mal articulés, ou l'impossibilité totale d'en apprendre ou d'en prononcer un seul; l'intelligence si faible, que les notions les plus simples et les plus matérielles peuvent à peine être saisies, ou même l'abolition complète de toute faculté de comprendre; le jugement des lieux, des distances, des temps, des quantités, entièrement ou presque entièrement aboli; la privation totale de raisonnement, par conséquent l'impossibilité d'apprendre la profession mécanique la plus simple, quelquefois cependant

la connaissance de la valeur de l'argent; le sentiment des besoins physiques; le désir, la faculté de connaître des aliments, des actions pour s'en saisir; le penchant au vol; la ruse, l'astuce même pour parvenir à s'approprier ce qu'ils convoitent; le désir de l'union des sexes, témoigné dans les femmes, par leur joie en voyant des hommes et par des airs de coquetterie; la passion aveugle et brutale de l'onanisme; le sentiment du froid, du chaud, l'envie de s'y soustraire; d'autres fois l'insensibilité complète à ces excitants extérieurs et aux besoins organiques les plus impérieux, au point qu'on est obligé de leur mettre les aliments dans la bouche, de les faire boire, de les coucher, de les vêtir; quelquefois la curiosité pour certains objets, le sentiment des sons, l'expression des désirs par des cris, des gestes, etc.; dans quelques uns même des accès de violence et de fureur qui peuvent avoir des suites funestes; enfin la faculté de reconnaître les personnes qui les soignent, de s'y attacher; mais plus généralement une indifférence, une apathie absolue, tels sont les principaux traits qui caractérisent l'idiotisme.

Les fonctions intellectuelles et sensoriales ne sont pas seulement lésées; les mouvements sont fréquemment affectés. Il n'est pas rare que les idiots soient paralytiques dans la moitié du corps, ou seulement d'un des membres pelviens ou thoraciques; ces membres sont en général contournés, atrophiés.

Les idiots sont ordinairement de petite stature ; leur crâne est généralement mal conformé, petit, étroit, alongé, aplati, irrégulier. Toutes les fonctions organiques s'exécutent avec beaucoup d'énergie.

L'anatomie pathologique fait découvrir des altérations variées et très propres à expliquer les désordres fonctionnels que nous venons de signaler. Les os du crâne sont épaissis, l'encéphale est d'une petitesse remarquable ; ses circonvolutions sont minces, peu profondes ; on trouve fréquemment la destruction d'un lobule entier ; la partie détruite forme une dépression digitale lorsque les parois se sont rapprochées ; d'autres fois elle est remplacée par un kyste contenant de la sérosité ; ces altérations coïncident avec la paralysie et l'atrophie des membres. On rencontre aussi l'endurcissement de la substance blanche ; des traces de méningites, d'encéphalites, etc.

Les aliénés sont sujets à une espèce de paralysie, sur laquelle M. Delaye, autrefois élève de la Salpêtrière, aujourd'hui professeur de médecine à Toulouse, médecin rempli des principes de la médecine organique, a fixé l'attention des observateurs. M. Calmeil, jeune médecin aussi très distingué, sorti de la même école, vient de publier un ouvrage intéressant sur le même sujet. Cette espèce de paralysie, qu'il désigne sous le nom de *paralysie générale* des aliénés, et qui, suivant lui, reconnaît pour cause *matérielle* une *phlegmasie chronique* développée au

pourtour du cerveau, est très fréquente dans les grands établissements où l'on soigne les fous. Cette maladie lui semble propre aux aliénés; elle fait moins de victimes parmi les femmes que parmi les hommes. Ordinairement, la langue se prend la première, la prononciation est *embarrassée*. Le plus souvent, lorsque les mouvements de la langue sont difficiles, ceux des jambes commencent à perdre de leur énergie et de leur étendue; les sujets marchent, mais la progression n'est pas assurée. Jusque là, la paralysie respecte les membres thoraciques; la sensibilité n'est pas encore lésée. Plus tard (et il faut, terme moyen, treize mois pour que la maladie prenne tout son accroissement), les malades ne peuvent plus se tenir debout; ils sont condamnés à végéter sur un fauteuil, jusqu'à ce que les eschares gangréneuses qui se forment sur les régions soumises à une pression habituelle, et les désordres qui se manifestent, soit dans les poumons, soit sur la muqueuse gastro-intestinale, viennent précipiter la fin de leur malheureuse existence. La prononciation ne s'entend plus à ce degré de la paralysie générale; les bras agissent encore, mais leur action est très restreinte; l'intelligence est abolie; la tête s'incline sur la poitrine, tout le système musculaire est affaibli; l'urine et les matières fécales coulent à l'insu du sujet ou s'accumulent dans leurs réservoirs. La santé *générale* ne se dé-

range que dans les derniers mois de la vie ; l'appétit se conserve, la langue a sa coloration naturelle ; la peau n'est pas chaude, le pouls n'est pas fréquent. On ne croirait pas, si on ne l'avait vu, qu'il existe dans le cerveau un désordre aussi profond.

Presque toujours, la quantité de sérosité accumulée dans la grande cavité de l'arachnoïde s'élève à six onces, sept onces, huit onces. Les ventricules sont distendus par un liquide analogue ; les *villosités* de leur membrane sont *rouges* et *gonflées*.

Il existe entre la pie-mère et le feuillet cérébral de l'arachnoïde un œdème, qui fait paraître le pourtour du cerveau *gélatineux*, et on croirait, si on n'y regardait de près, que la *méningine* et la *méningette* sont épaissies.

La pie-mère refuse d'abandonner les circonvolutions cérébrales ; en s'enlevant, elle emporte avec elle une couche de substance grise, qui est épaisse d'une demi-ligne ou même d'une ligne. La pulpe adhérente à la pie-mère est *mollasse*, de couleur *violette*.

Les circonvolutions, coupées peu profondément avec le bistouri, offrent dans leur substance grise une coloration *lilas, lie de vin ;* le plus souvent la substance blanche est *saine*. Quelquefois les petits tubes capillaires qui la traversent sont *injectés*, mais l'injection n'est pas combinée avec la pulpe. Il n'y a jamais de *lésions locales ;* s'il y en a, on a pu prévoir leur existence en étudiant les symptômes.

Hypochondrie.

Cette maladie singulière se présente sous une multitude d'aspects qui varient chez tous les individus, et qu'il est certainement bien impossible de décrire, à plus forte raison de définir. Les symptômes les plus bizarres, les plus incohérents, et souvent en apparence les plus graves, existent avec un état satisfaisant, quelquefois même florissant de santé, sans aucun danger pour les jours des malades. Cette affection doit avoir son siége dans la région du cerveau qui préside à la sensibilité générale, comme l'épilepsie dans celle du mouvement, et la folie dans celle de l'intelligence. En effet les symptômes de cette affection sont presque tous primitivement des altérations de la sensibilité; et lorsque les sens de l'intelligence ou les mouvements participent à la maladie, c'est en quelque sorte par sympathie ou par contiguité. Les premiers phénomènes sont des aberrations de sensibilité, des douleurs variables dans tous les organes de l'économie, et par suite le trouble de leurs fonctions. M. Georget a réuni l'immense série des modifications fonctionnelles qu'ils peuvent présenter. Il est presque inutile de prévenir que les hypochondriaques n'éprouvent pas tous ces symptômes, mais seulement un certain nombre et tour à tour; car ils se succèdent avec une singulière mobilité. Voici quelques uns de ces sym-

ptômes propres à donner une idée de cette maladie. Douleurs de tête violentes, étendues, circonscrites, fixes, mobiles, continues, intermittentes, comparées par les malades à des pincements, des déchirements, des brûlures, des tenaillements, des perforations, etc.; sensations de battements, de bouillement, de frémissements, de bruits, de détonations, de sifflements, de chants, de musique, de voix. La tête est quelquefois rouge et chaude. Le sommeil est léger, peu réparateur, interrompu par des réveils fréquents et subits, tourmenté par des rêves sinistres. Les sens sont très sensibles à leurs excitants naturels; le bruit, la lumière, les odeurs sont souvent intolérables; les variations atmosphériques, le froid, le chaud, l'état électrique de l'air, leur font éprouver des sensations pénibles; quelquefois il existe de véritables anomalies de perception; les odeurs fétides leur sont agréables, les mets peu savoureux pleins de délices; ils éprouvent des éblouissements, des étincelles, des vertiges, des tintements d'oreilles, etc. Leur intelligence est ordinairement libre et saine, souvent très développée; mais ils ne peuvent supporter le travail, une attention soutenue les fatigue. Ils se plaignent d'avoir les idées confuses, rapides, variées, sans liaison, sans qu'ils puissent les coercer par la volonté; la mémoire les abandonne; ils se disent sujets à des absences complètes, à des faiblesses, des défaillances, des crises. Mais ce

qu'il y a de plus remarquable c'est leur moral. Ils sont habituellement tristes, chagrins, grondeurs, et passent avec la plus grande facilité de cet état à une joie immodérée ; ils sont sujets à des accès de gaieté bruyante ; ils sont ombrageux, peureux, défiants, faibles, irascibles, d'un commerce difficile, fatigants pour tout ce qui les entoure, inconstants dans leurs affections, s'attachant et se détachant pour la moindre cause ; mais surtout d'un égoïsme extraordinaire ; rapportant tout à eux ; ne s'intéressant qu'à ce qui a rapport à leur utilité personnelle ; ne donnant leur affection qu'à proportion qu'ils en attendent quelque avantage pour eux, et principalement pour leur santé, qui les occupe par-dessus tout. Ils s'imaginent toujours être à la porte du trépas, ou du moins sur le point d'avoir quelque maladie incurable ; ils affectent un grand mépris pour la vie, mais toute leur conduite prouve qu'ils y tiennent beaucoup ; ils parlent de leurs maux avec complaisance, et les exagèrent beaucoup ; ils accueillent tous les avis, tous les conseils, lisent avidement les livres de médecine, se croient affectés de toutes les maladies dont ils voient la description ; ils changent souvent de médecins, trompés qu'ils sont toujours dans leur espoir.

Mais les phénomènes qu'ils éprouvent dans tous les systèmes et appareils de la vie organique sont encore plus singuliers, et surtout plus nombreux, plus variés. Spasme, resserrement de l'œsophage,

soif vive ou nulle, appétit extraordinaire ou nul, digestion rapide ou d'une lenteur extrême; désir des aliments les plus indigestes, les plus contraires à leur état, faculté de les digérer promptement; bizarreries dans cette faculté telles que les substances qui réussissent aujourd'hui, ne réussissent pas demain; constipation habituelle, quelquefois dévoiement; fèces très fétides, hémorrhoïdes; urine abondante, claire, limpide, ou trouble et rare, etc.; miction douloureuse; douleurs variées, atroces dans l'estomac, les intestins; vents par haut, par bas, fétides ou inodores; borborygmes, etc.; respiration gênée, suffocation imminente, crampes, resserrements, griffes de fer qui compriment les poumons; impossibilité de supporter les vêtements, les couvertures; battements fréquents et violents du cœur; pouls fréquent, quelquefois inégal, irrégulier, lent; sueurs partielles, ou générales; peau sèche, aride, froide, écailleuse, souvent couverte d'éruptions variées; douleurs des membres, des articulations, crampes, fourmillements, insensibilité, immobilité, tremblement, convulsions, paralysie locale, passagère; d'ailleurs physionomie mobile, passant rapidement de l'expression de la joie à la tristesse, de la souffrance à l'apparence d'une santé parfaite; voix souvent faible et éteinte, reprenant rapidement de la force lorsque ces malades éprouvent quelque satisfaction, etc. Cette maladie est ordinairement très longue.

L'anatomie pathologique n'a rien appris encore de satisfaisant sur l'hypochondrie, les altérations variées qu'on a trouvées chez ces malades ne pouvant être considérées comme la cause des accidents variés qu'ils ont éprouvés pendant leur vie. Ces altérations, en effet, peuvent être simplement concomitantes, coïncidentes, elles peuvent être développées par des causes qui ont agi depuis l'hypochondrie; elles peuvent exister sans produire cette maladie, et celle-ci sans leur donner naissance. Nous le répétons, nous croyons que c'est dans l'organe de la sensibilité générale principalement qu'on devra trouver la modification organique de l'hypochondrie.

Hydrophobie, rage.

La rage se développe quelquefois spontanément, ce qui n'empêche pas que sa cause la plus ordinaire ne soit la morsure d'un animal enragé. Elle est l'effet d'une cause spécifique, d'un virus, d'un venin, comme divers empoisonnements, et comme les maladies contagieuses en général. Nous la séparons des empoisonnements pour la ranger parmi les névroses, parcequ'elle affecte principalement le système nerveux. Après un temps variable d'incubation, c'est-à-dire après trente, quarante jours, plus ou moins, à dater de la morsure de l'animal enragé, apparaissent les premiers symptômes de l'hydrophobie. La plaie résultant de cette mor-

sure s'était cicatrisée, au bout de quelques jours, comme une plaie simple; mais, au moment où l'hydrophobie se déclare, la cicatrice devient douloureuse, se boursoufle et se rouvre, ce qui cependant n'arrive pas toujours. En même temps la tête devient pesante, douloureuse ; l'insomnie se déclare, ou bien le sommeil est agité par des rêves sinistres ; la figure s'anime, le regard devient vif, l'œil brillant ; l'inquiétude et la terreur s'emparent du malade, qui se rappelle avec effroi la circonstance de la morsure qu'il a reçue; l'idée de la rage vient l'épouvanter; son humeur change; il est sombre et taciturne ; il fuit la société, recherche la solitude, qu'il abandonne bientôt. Après ces premiers symptômes, la vue d'un liquide ou d'un corps brillant, la seule agitation de l'air, excitent un frissonnement général et involontaire. Si, contraint par la soif, il veut approcher de sa bouche un vase rempli d'eau, il le repousse par un mouvement convulsif, avant qu'il ait touché ses lèvres. Je fus appelé auprès d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui avait été mordu quarante-cinq jours auparavant par un chien enragé. Je le trouvai debout, l'œil ouvert, l'air stupide, immobile, la face colorée; je lui fis prendre un verre d'eau, qu'il saisit en tremblant; je lui ordonnai de le boire. Aussitôt, sans proférer une parole, mais avec une expression d'aversion très prononcée, il porta le verre à sa bouche, et le

rendit sur-le-champ avant d'avoir goûté le liquide ; je lui ordonnai de nouveau, d'une manière plus impérieuse encore, de boire le liquide que le vase contenait ; il reprit le verre avec une expression terrible d'horreur, il le regarda fixement, le vida, et rejeta le liquide, par un mouvement convulsif, au milieu de l'appartement : un spasme, une constriction involontaire du pharynx, avait opposé une résistance invincible à la déglutition. Le délire s'empara bientôt de ce malade, qui mourut dans la nuit, deux jours après l'apparition des premiers accidents.

Les malades éprouvent un sentiment d'ardeur et de constriction à la gorge, avec impossibilité d'avaler les liquides, qui leur inspirent une véritable horreur, et dont la vue provoque des convulsions. Il survient de véritables accès, caractérisés par un délire furieux, le désir de battre, de détruire, des cris, des vociférations, des hurlements, une agitation violente ; le visage est enflammé, le regard terrible, l'œil fixe et hagard ; des visions fantastiques poursuivent ces malheureux ; il est rare qu'ils sentent le désir irrésistible de mordre ; lorsqu'ils l'éprouvent, ils en avertissent, et demandent à être attachés avant que l'accès se renouvelle. Leur voix est rauque, altérée ; la salivation abondante ; l'anxiété, la suffocation sont extrêmes ; il existe des douleurs aiguës sur le trajet de la moelle épinière, et quelquefois un priapisme opiniâtre.

Ces exacerbations sont provoquées par la vue de l'eau, de la lumière, des corps polis, et souvent sans cause appréciable. Un calme non moins funeste, où plutôt une fatigue profonde succède à cette agitation. Ces infortunés reconnaissent leurs emportements et s'en excusent; leur physionomie, alors pâle, abattue et craintive, exprime le désespoir et le sentiment d'une destruction prochaine. Ils recouvrent quelquefois la faculté d'avaler; mais bientôt les accès se rapprochent, finissent par devenir continus, et l'adynamie termine au bout de peu de jours cette scène de douleurs. Des vomissements continuels de matières brunes, le hoquet, le refroidissement des extrémités, la pâleur cadavérique de la face, etc., précèdent la mort, qui arrive du premier au septième jour.

L'ouverture des corps a fait reconnaître l'inflammation du pharynx, des bronches, de la trachée, des méninges spino-cérébrales, et de la substance encéphalique; mais toutes ces phlegmasies ne sont que des phénomènes secondaires; la maladie gît dans l'altération générale de l'organisme par le virus lyssique.

La rage *spontanée* présente à peu près les mêmes symptômes; elle est dépourvue de la circonstance commémorative de la morsure d'un animal enragé, et n'offre pas de paroxysmes comme la précédente. On a aussi admis une hydrophobie symptomatique.

Épilepsie.

Rien ne prouve plus l'utilité des connaissances d'anatomie pathologique que le vague qui règne dans l'histoire des maladies dont on ne connaît que les expressions fonctionnelles. Qu'est-ce que c'est que l'épilepsie, quelle est la modification organique qui la produit? est-elle une maladie différente de l'hystérie; en quoi consiste cette différence? Ces deux maladies ont-elles le même siége, ne sont-elles que des nuances de la même affection? Les différences admises par les auteurs sont-elles bien fondées? Telle est la série de questions qui se présentent à l'esprit lorsqu'on réfléchit sur le sujet qui nous occupe.

Tous les médecins se sont attachés à trouver des différences entre l'hystérie et l'épilepsie; ils ont jugé fort important d'établir une distinction entre un groupe de symptômes et un autre qui n'en varie que par un moindre degré de violence, parceque l'un des deux est moins susceptible de guérison que l'autre. C'est comme si l'on devait faire deux maladies différentes de deux pneumonies, parceque l'une doit guérir et l'autre se terminer par la mort.

A la vérité, lorsqu'on voit un grand nombre de malades atteints de convulsions, on peut distinguer les attaques d'épilepsie des attaques d'hystérie, on peut même distinguer encore de simples

étourdissements épileptiques; il est aussi très vrai que des épileptiques n'ont jamais eu de symptômes hystériques, et que des hystériques ne deviennent jamais épileptiques: cependant l'on voit souvent l'hystérie se convertir en épilepsie, et des épilepsies présenter des phénomènes hystériques. En nous dirigeant par les données de la médecine organique, nous arrivons à cette conclusion, que dans l'un comme dans l'autre cas c'est la partie de l'encéphale qui préside au mouvement qui est essentiellement malade; que les autres parties de cet organe peuvent être aussi affectées, et qu'elles le sont, sinon d'une manière différente, du moins à des degrés divers. Il serait facile de soutenir ces propositions par l'analyse et le rapprochement des symptômes. Au reste, voici quelles sont les modifications fonctionnelles propres à l'épilepsie:

Des accès répétés de convulsions, avec perte complète de connaissance, injection de la face, distorsion et écume de la bouche. C'est en général au moment où le malade s'y attend le moins qu'il est frappé de l'attaque d'épilepsie; dans quelques cas cette attaque s'annonce par des phénomènes précurseurs, et ces phénomènes sont des troubles des sens, de l'intelligence, de la myotilité. Chez un assez grand nombre l'accès est annoncé par un phénomène particulier extrêmement variable et singulier; c'est ordinairement un sentiment

de douleur, une chaleur vive, un froid piquant, un engourdissement, un chatouillement dans un point du corps, d'où il se répand dans tout l'organisme. Le malade jette un cri perçant, perd connaissance et tombe. Le tronc et les membres se roidissent, se contractent, s'agitent avec violence; la face se gonfle, devient rouge et même violette; les veines du cou et des tempes sont dilatées, la pupille contractée ou dilatée est immobile; les paupières sont fermées, ou entr'ouvertes; le globe de l'œil roule dans l'orbite; la bouche est distendue et écumeuse, les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre; la tête fortement inclinée sur les côtés, en avant ou en arrière. L'état convulsif est quelquefois plus prononcé d'un côté que de l'autre, le plus ordinairement il est le même des deux côtés. La poitrine est fixe, presque immobile, elle peut à peine se dilater pour permettre l'inspiration; les battements du cœur sont forts et tumultueux; le malade, prenant un point d'appui sur sa tête et sur ses pieds, soulève le tronc et le laisse retomber avec force, en poussant des cris violents; les bras se renversent en dedans; les poings sont fermés, les pouces serrés dans les autres doigts; les dents claquent les unes contre les autres, et se rompent quelquefois; la langue est fréquemment blessée dans ces attaques, alors l'écume de la bouche est sanglante, etc. Au bout de quelques minutes cet appareil de symptômes cesse, pour recommencer

après une courte rémission ; plusieurs attaques successives se renouvellent ainsi, après quoi un sommeil stertoreux survient, et le malade s'éveille sans conserver le moindre souvenir de ce qu'il vient d'éprouver, seulement il se trouve dans une grande fatigue, ses membres sont comme brisés; il conserve souvent dans l'intervalle des accès quelques dérangements cérébraux, souvent aussi sa santé est parfaite ; enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, quelques heures, plusieurs jours, plusieurs mois, avec ou sans périodicité, l'accès se renouvelle. Les accès répétés finissent par entraîner la démence et une mort prématurée. Les épileptiques sont sujets aussi à des espèces d'étourdissements légers et fugaces ; ils perdent un instant connaissance, tournent la tête, les membres éprouvent quelques convulsions partielles, et se réveillent au bout de quelques instants, et cela au milieu d'une conversation.

Les travaux entrepris dans un but louable par divers auteurs, entre autres par MM. Bouchet et Cazauveilh, jeunes médecins de notre hospice, ont fait reconnaître une multitude de lésions, mais aucune ne nous paraît propre à l'épilepsie, dont la cause organique est sans doute aussi fugace que celle des mouvements physiologiques.

Hystérie.

L'hystérie, caractérisée aussi par des attaques de convulsions et une multitude d'autres phénomènes variables, ne m'a toujours paru qu'une variété de l'épilepsie : ces deux maladies affectent sans contredit la même portion de l'encéphale, celle qui préside aux mouvements. On trouve dans l'hystérie un grand nombre de symptômes que nous avons décrits dans l'hypochondrie : elle diffère principalement de cette dernière affection par les mouvements convulsifs, et de l'épilepsie, en ce que les convulsions 1° sont excentriques (signe douteux et peu important); 2° en ce que la face est beaucoup moins altérée, décomposée, signe sur lequel M. Landré-Beauvais a fort insisté, et qui véritablement est peut-être le plus certain; 3° en ce que les malades entendent les questions qu'on leur adresse, et ne perdent jamais complètement connaissance; 4° en ce qu'ils n'écument pas; 5° en ce qu'ils n'éprouvent pas de sommeil stertoreux; mais nous devons prévenir qu'aucune de ces différences n'existe constamment, et ne suffit, à notre avis, pour fonder la distinction des deux maladies. Quoi qu'il en soit, en général, après une série de phénomènes cérébraux des plus variables, tels que céphalalgie, agitation, insomnie, douleurs vives, crampes, contractions passagères des muscles, illusions des sens, rires immodérés, dys-

pnée, etc., les malades éprouvent vers l'hypogastre le sentiment d'une boule qui remonte vers l'épigastre, le comprime, s'élève jusqu'au cou, où elle fait éprouver une strangulation, une suffocation insupportables. Le ventre est dur, tendu, rétracté, ou au contraire singulièrement ballonné, tuméfié ; la face est alternativement pâle et colorée, les membres chauds ou froids ; le pouls petit, quelquefois inégal, irrégulier ; les battements du cœur sont cependant prononcés, ceux des artères temporales et carotides sont en même temps très sensibles. Les malades tombent et entrent en convulsion ; elles poussent en général des cris singuliers, et perdent en apparence l'usage de leurs sens ; elles ne paraissent sensibles à aucun excitant ; mais, après l'accès, elles se souviennent de ce qui s'est passé, et font connaître qu'elles entendaient. Au reste, les mouvements convulsifs ressemblent beaucoup à ceux de l'épilepsie ; seulement, ainsi que nous l'avons dit, la face est moins altérée, la bouche moins tordue, moins écumeuse ; les mouvements ont lieu de dedans en dehors ; les mains sont ouvertes, etc. Il existe une constriction violente au larynx et à la poitrine ; le diaphragme paraît immobile ; l'abdomen est agité de contractions ondulatoires. Les malades se frappent, se déchirent, s'arrachent les cheveux, etc. ; après quoi elles reprennent leurs sens d'une manière insensible ou rapide ; elles versent souvent

des larmes abondantes, ou sont prises de rires immodérés : il ne survient pas de sommeil stertoreux. Après l'accès il reste un brisement douloureux des membres, et une multitude d'accidents cérébraux. La durée totale de cette maladie est illimitée; celle de ses accès n'est pas plus déterminée : elle est susceptible de guérison.

Catalepsie.

La catalepsie est caractérisée par la perte plus ou moins complète de connaissance, avec contraction tonique et permanente des muscles, ce qui donne au malade la faculté singulière de conserver, pendant toute la durée de l'attaque, la position qu'il avait au moment où il en a été saisi, et de garder celle qu'on lui imprime, quelque pénible qu'elle soit.

Ces phénomènes caractéristiques, ainsi qu'on le pense bien, offrent des différences notables chez les divers individus. L'invasion de l'attaque de catalepsie est quelquefois brusque, instantanée; elle se déclare aussitôt après l'application d'une cause morale violente; d'autres fois elle est lente, et survient après des lassitudes, des pandiculations, des bâillements, de la céphalalgie, de la pesanteur de tête, de l'insomnie ou de la somnolence, des crampes, des mouvements convulsifs, de la tristesse, etc. Dans l'un et l'autre cas, le malade perd connaissance; s'il parlait, il interrompt tout-à-

coup sa conversation ; il cesse d'entendre, de voir, de sentir les odeurs, les saveurs et les impressions du tact. Ses yeux sont convulsés en haut. En même temps le corps est dans une raideur telle qu'on ne peut pas le mouvoir, ou si l'on parvient à changer les membres de position, ils conservent celle qu'on leur imprime. Dans quelques cas, la perte de connaissance n'est pas complète, le malade entend, flaire, voit, etc., sans pouvoir rendre compte de ses sensations ; en même temps les membres ne sont pas aussi contractés que dans les cas précédents ; ils peuvent être fléchis avec assez de facilité, et les malades les laissent retomber graduellement et avec lenteur lorsqu'on les a soulevés. Dans quelques attaques, la figure est animée, la peau chaude, les artères temporales battent avec force, le pouls est fréquent et développé, la respiration grande ou accélérée ; dans d'autres, la peau est pâle, froide ; le pouls et la respiration sont presque insensibles. En général les malades n'entendent aucune des questions qu'on leur adresse ; néanmoins si, pendant qu'on leur parle, on touche quelque partie de leur corps, il peut arriver qu'ils vous entendent et qu'ils vous répondent, ainsi que l'a constaté plusieurs fois le docteur Pétetin ; mais ce fait mérite d'être examiné de nouveau. Après l'attaque, qui peut durer seulement quelques heures, ou quelques jours, le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est

passé pendant sa durée : on a vu des malades achever la phrase qu'ils avaient commencée au moment de l'accès ; en un mot, les cataleptiques sont souvent somnambules. La santé revient complètement après l'accès, ou bien il reste quelques accidents qui attestent un embarras dans le cerveau : ces accidents ressemblent à ceux du prodrome. Il est rare que la maladie se termine par la mort. J'ai observé une fois cette terminaison chez une femme cataleptique qui avait une pneumonie. La catalepsie se reproduit par accès plus ou moins éloignés ; les accès reviennent au bout de deux, trois, quatre, cinq, six ou sept jours, après plusieurs mois, et n'ont rien de fixe et de déterminé.

Je n'ai rien trouvé dans le cerveau, non plus que les observateurs qui ont fait des recherches à ce sujet ; mais je n'en suis pas moins convaincu qu'il faut qu'il existe une lésion organique quelconque.

La catalepsie pourrait être confondue avec la mort apparente, lorsqu'elle est accompagnée de pâleur, d'insensibilité du pouls, de froideur à la peau ; la contracture pourrait, dans ce cas, être prise pour de la raideur cadavérique ; mais on évitera facilement cette erreur en examinant avec soin l'état du pouls, qui n'est jamais complètement suspendu, non plus que la respiration ; en se rappelant les causes qui ont agi sur le malade, l'état de santé antécédent, la marche de la maladie, et,

en définitive, en attendant un certain temps, l'absence des signes de décomposition. L'asphyxie et la syncope ont des signes propres qui n'ont qu'un rapport très éloigné à ceux de la catalepsie.

Chorée, danse de Saint-Weith, de Saint-Guy.

Cette maladie bizarre consiste dans des mouvements automatiques, singuliers, involontaires, incoercibles, d'un ou plusieurs membres, qui font que le malade ne peut saisir les objets, les approcher de sa bouche, ou aller vers un but par une ligne droite ou par une suite de mouvements réréguliers. C'est toujours par une succession de contractions dont les unes, volontaires, tendent à l'approcher du but, et les autres, involontaires, tendent à l'en éloigner, qu'il parvient à l'atteindre. Les muscles de la face et du cou sont fréquemment frappés de cette espèce de convulsions : alors le malade secoue la tête en sens divers; les muscles des joues se contractent et se relâchent alternativement, quelquefois d'un seul côté, et souvent des deux côtés à la fois, ce qui produit les grimaces les plus extraordinaires; la main se tourne en supination, les doigts se fléchissent et s'ouvrent, s'écartent alternativement; la jambe se lève, et fléchit, s'étend tout au rebours de la volonté, et les orteils présentent les mêmes contractions que les doigts de la main; si l'on fait marcher le malade en le soutenant, il est agité de toutes sortes de mouve-

ments. Cette maladie peut durer quelques jours, plusieurs mois, toute la vie ; elle n'entraîne pas la mort.

J'ai vu succomber récemment une femme de cinquante ans, qui depuis son enfance était affectée de chorée de tout le côté gauche du corps ; ses membres étaient même atrophiés. Je m'attendais à trouver une atrophie d'une portion du lobe droit du cerveau ; il n'y avait rien, ou du moins, malgré toute mon attention, je ne vis rien ; ce qui n'empêche pas qu'il ne dût y avoir quelque chose.

On ne peut confondre la chorée avec aucune autre maladie.

Tétanos.

Le tétanos consiste dans une contraction douloureuse et permanente des muscles ; elle commence par les masséters et les temporaux, qui maintiennent la mâchoire inférieure rapprochée de la supérieure. Les malades ont d'abord de la peine à ouvrir la bouche, ce qui devient ensuite totalement impossible par les efforts les plus violents (trismus) ; une salive filante sort de la bouche. Bientôt la contraction se communique aux autres muscles de la face, à ceux du cou ; la tête est renversée en arrière, en avant ou sur les côtés ; le tronc ne tarde pas à être saisi de la même rigidité, ainsi que les membres ; l'individu ne semble alors composé que d'une seule pièce, toute flexion a disparu. Le tronc

affecte diverses directions, suivant que la contraction est plus prononcée en avant, en arrière ou sur les côtés (emprosthotonos, opisthotonos, pleurosthotonos). Les artères temporales battent quelquefois avec force; la peau est de chaleur naturelle, le pouls est à l'état normal. D'autres fois la peau est chaude, âcre, sèche, le pouls fréquent, plus ou moins développé; une sueur copieuse inonde le corps; la respiration est anxieuse; la déglutition difficile, souvent impossible; la face est animée, elle exprime la crainte, la douleur, le désespoir; les souffrances du malade paraissent extrêmes; rarement il existe du délire. Cette affection extrêmement grave se termine en général par la mort, du premier au huitième jour. Quelquefois la guérison a lieu; ce cas heureux s'observe dans les tétanos partiels et peu prononcés.

L'anatomie pathologique n'a rien encore fait connaître de constant et de positif sur cette maladie; mais tout porte à croire que c'est principalement dans la portion spinale du système nerveux que réside l'altération pathologique, et que cette altération est de nature inflammatoire.

Les maladies nerveuses dont nous venons de tracer le tableau diffèrent trop entre elles pour qu'il soit nécessaire d'en faire le rapprochement : l'hystérie et l'épilepsie sont les seules qu'on puisse confondre, et cette erreur ne saurait être funeste; les autres n'ont pour ainsi dire rien de commun.

Telles sont les maladies dont nous voulions faire connaître les caractères distinctifs. Nous nous sommes étendu davantage sur celles qui par leur fréquence et leur danger méritent plus d'être connues; nous avons passé rapidement sur celles qui sont plus rares ou moins dangereuses; enfin nous en avons volontairement omis quelques unes dont la connaissance est très peu importante, ou que nous regardons comme de simples symptômes d'autres affections. Il nous reste maintenant à faire reconnaître quelle doit être l'issue des maladies, et à baser leur traitement sur des principes rationnels; c'est ce que nous tâcherons de faire dans le volume suivant.

FIN DU TOME DEUXIÈME.

TABLE DES CHAPITRES.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL.

PREMIÈRE DIVISION.

PREMIERE SECTION.

DEUXIÈME SECTION.

TROISIÈME SECTION.

QUATRIÈME SECTION.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE, OU DES ORGANES QUI CONCOURENT A LA RESPIRATION ET A LA CIRCULATION; MALADIES DE POITRINE.

SECONDE DIVISION.

FIN DE LA TABLE DES CHAPITRES.

